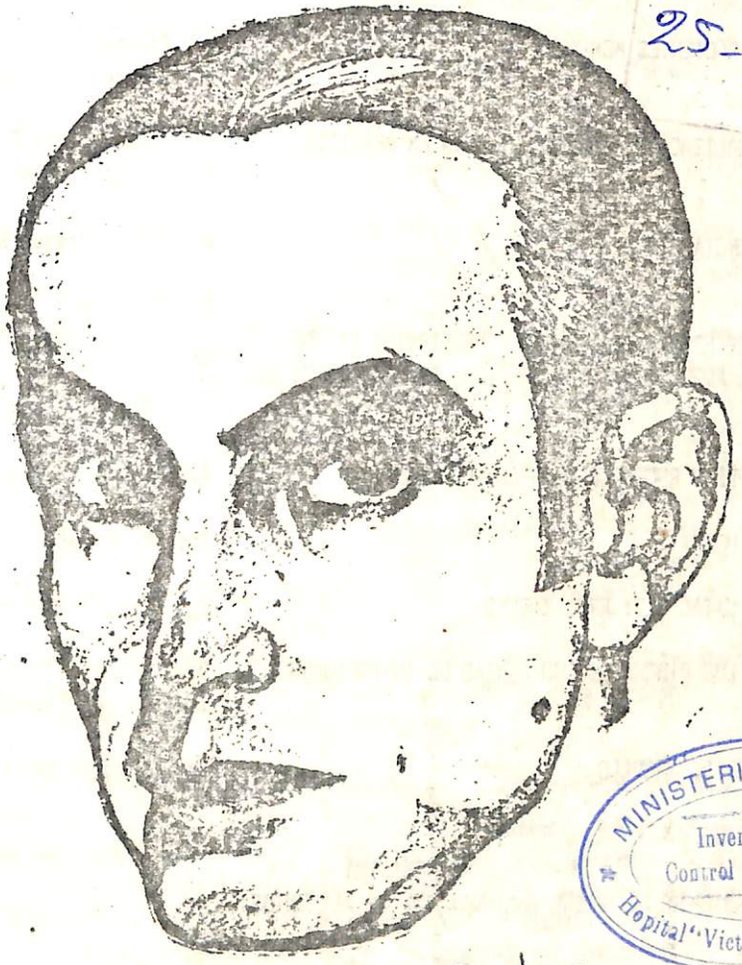
CLORPROMAZINA

REVISTA DEL CUERPO MEDICO DEL INSMVLH

LIMA-PERU ENERO-JULIO 1993

25-01-93



MINISTERIO DE SAL
Inventario y
Control Patrimonial
Hopital "Victor Larco Her

Honorio Delgado / dibujo de Carlos Raygada / 1926.

CENTENARIO DE HONORIO DELGADO

AÑO 1

NUMERO 2

COLABORACION

S/. 3.00

CLORPROMAZINA

AÑO 1 — Revista del Cuerpo Médico del INSMVLH — Colaboración
NUMERO 2 — Enero - julio de 1993 — S/. 3.00

INDICE

		Pág.
EDITORIAL		
TRES CONCEPCIONES ACERCA DEL HOMBRE	Dr. Honorio Delgado	3
TABAQUISMO EN PACIENTES MENTALES	Dr. Próspero Otárola T. Dr. Alvaro Velásquez A.	13
DESINSTITUCIONALIZACION, UNA EXPERIENCIA EN SERVICIO	Dr. José Renilla C. Dra. Prisca Cersso	22
FARMACODEPENDENCIA Y ONG's	Dr. Edgar Miraval R.	27
VALETUDINARIO	Dr. M. Ponce	3
ANTEPROYECTO DE REORGANIZACION DE CONSULTORIOS EXTERNOS-EMERGENCIA Y PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"	Dra. Matilde Gonzales B.	37
SOBRE RECEPTORES Y RECEPTORES DOPAMINERGICOS	Dr. Silvio Sander	42
RECUERDOS DEL HOSPITAL	Dr. M. Ponce	45
CONTROL DE LA NATALIDAD: REFLEXIONES	Dr. Percy Prialé de la Peña	46
EL PELIGRO DE LOS PINCHAZOS CON AGUJAS DE INYECCIONES	Dr. Próspero Otárola Enf. Vilma Vilchez	47
SALARIO PARA EL DESARROLLO	Dr. Humberto Ramirez A.	48
EVENTOS - EVENTOS - EVENTOS		
MESA REDONDA DE LA REVISTA CLORPROMAZINA		56
SEMINARIO-TALLER SOBRE MANIPULACION DE ALIMENTOS		57
DOCUMENTOS		
LA FORJA DE ANMS		
VIGENCIA		
SALUDOS QUE ALIENTAN ¡GRACIAS!		

COMISION DE PUBLICACIONES
Cuerpo Médico del INSMVLH

Presidente : Dr. Humberto Ramírez Arroyo
Dr. José Ortiz Valencia
Dr. Hugo Lozada Roca
Secretaria : Srta. Rocio del Pilar Olano Bermúdez
Impresores : Sr. José Mendoza, Sr. Edilberto Velásquez, Sr. Jorge Chicoma

Impreso en los Talleres Gráficos del INSMVLH
Dirección: Cuerpo Médico del INSMVLH
Pérez Araníbar 699, Magdalena del Mar.
Lima 32. Telf. 61-5541

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

E D I T O R I A L

Un homenaje a un miembro de una institución como la nuestra, debe tener una tónica capaz de despertar en los demás miembros algún sentimiento valioso, encomiable y que lleve a una enseñanza y un aprendizaje.

En los tiempos de incertidumbre por los que atraviesan muchas instituciones, sino todas, creo que homenajear al Profesor HONORIO DELGADO, "Don Leoncio", es totalmente válido y vigente. Por tanto, nos ocuparemos de desentrañar los significados y los sentimientos que la figura y talento de este personaje deben despertar y excitar en quienes nos ocupamos del que fue su auténtico quehacer: la PSIQUIATRIA.

Para Delgado ser psiquiatras significó el sentimiento de ayudar al hombre mentalmente enfermo, trastornado y doliente, con el más grave, prolongado, costoso y socialmente rechazado trastorno que le es dable sufrir. Significó entregar todo su humanismo en un decidido afán por comprender la locura y su absurdo. Significó la dedicación de su sapiencia, erudición y capacidad de investigación a lograr un alivio urgente, amplio y eficiente de esta severísima dolencia. Significó tomar muy en cuenta el valor del hombre, su estela valorativa, que por más deteriorada que aparezca un paciente es digno y auténticamente merecedor del mayor respeto, de la dignidad de ser humano, aún por el mayor genio de la humanidad. Es este aspecto, tal vez el más característico del Prof. Delgado, es lo que le confiere hidalguía y nobleza. Este rasgo de su personalidad hizo de él una figura sencilla pero a la vez imponente y de reciprocidad de respeto.

Tal vez nunca podremos alcanzar el nivel de su erudición; tal vez no tengamos siquiera que intentarlo. Pero asumir su respeto por el ser del otro, enfermo o no, éso sí, estamos en la obligación de aprender del magnífico profesor. Diríase que tenemos una tremenda urgencia por aprender a respetar los derechos de todo ser humano a nuestro alrededor. Una praxis de salud mental básica sólo puede darse si se tiene un profundo respeto por los derechos de la comunidad a servir. Y digo urgente por cuanto en un medio social donde todos atropellan a todos, se tiene una sociedad caótica, excelente caldo de cultivo para el trastorno mental con su consecuencia obligada de miseria y pobreza, material y moral.

El respeto por la dignidad humana es esencial en la relación médico-paciente y en toda relación saludable, fundamentalmente como prevención primaria de salud mental. El respeto por el semejante es la enseñanza más importante de aprenderse de Honorio Delgado. Para enseñarse a las futuras generaciones médicas como un valor en sí, eterno y constructivo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

No se puede hacer psiquiatría sin una amplia cultura. La psiquiatría es la menos técnica de las especialidades médicas, es la más artística de las especialidades científicas y no puede ser eficientemente practicada sin el toque artístico que confiere la amplia cultura. Don Honorio promovió en el médico peruano la más amplia cultura. Reaprendamos esta tónica.

A pesar de su erudición y su cultura, Delgado fue un hombre de enconado trabajar. Fue el primero en latinoamerica en divulgar y ponderar la doctrina psicoanalítica del genio de Freud y lo hizo también genialmente. Sin embargo, con mucho coraje, posteriormente habría de ser uno de los más fervorosos críticos de una de las teorías psicológicas que más encandiló al mundo en este siglo. Fue, también, el primero en latinoamérica en preconizar la observación del hábito constitucional y su vinculación con la patología somática y psíquica. Asimismo, en aplicar tratamientos biológicos en las psicosis y en ensayar los psicofármacos en los albores de su aparición en el mundo, en la década de los 5Ø. Todo esto lo hace verdaderamente paradigmático y constituye de por sí una enseñanza para quienes consideramos que la psiquiatría moderna tiene ante sí el desafío no sólo de la fisiopatología anatomo-química sino de las complejas interacciones con las conductas individuales y sociales que hoy en día convulsionan el mundo.

La enseñanza escrita de quien llevó a la psiquiatría peruana a un alto sitial en el mundo, la encontramos en sus 5 libros relativos a la psiquiatría y medicina y en sus más de 4Ø artículos sobre psiquiatría en revistas nacionales y extranjeras, hasta en 5 idiomas. Todo ello nos expresa de su disciplina y productividad. Intentemos su camino.

Manuel Ponce C.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRES CONCEPCIONES ACERCA DEL HOMBRE

"Mercurio Peruano", Vol 39, No. 375, pp 303-313, 1958

Con el espíritu del progreso, la naturaleza y en general el vasto escenario de la existencia humana, incluso el reino de lo sobrenatural, perdieron su hechizo y los fenómenos, el iris con que los circundaba el alma aún ingénua; hechizo e iris con asomos de numinosidad y de mysterum tremendum. Así, el rápido y desmesurado desarrollo de los medios de acción exterior y de dominio sobre las coasa, anexo al maquinismo, amenguaron el vigor de la intimidad substancial y desplazaron el centro de gravedad del ser personal, dejando sin contenido la disposición admirativa y reverencial ínsita en el ser del hombre. Tal condición anímica parece ser factor esencial de la crisis que sufre el hombre del presente: desvalorado el misterio del mundo, se torna problemático su ser, acicateando la conciencia a inquirir y especular acerca de lo que somos. A mi entender ahí tiene su origen la inquietud y la diligencia de los filósofos de nuestros días para especular acerca de lo que es el hombre y la consiguiente boga de la psicología llamada de las profundidades, de la antropología filosófica y del existencialismo. No hay duda de que, así como en siglos pasados el tema principal de la filosofía era el ser del objeto, del mundo exterior, hoy es el ser del hombre, del mundo interior.

Aquí me propongo sólo resumir y confrontar tres concepciones del hombre que son radicalmente diferentes: la de Freud, inspirada en el criterio de las ciencias naturales, la de Cassirer, anexa a la antropología filosófica, y la Jaspers, enmarcada en el espíritu de la filosofía existencial.

I. EL HOMBRE SEGUN FREUD.

Considera Freud que con el psicoanálisis ha descubierto una técnica que le permite desentrañar la verdadera naturaleza del hombre, cuyos resultados formula especialmente en estudios que llama la metapsicología. Su preocupación fundamental es la construcción de hipótesis que expliquen la variedad de los fenómenos de la manera más simple, como proceden los físicos, "pues espíritu y alma son objetos de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

investigación científica de idéntica manera que cualquier cosa no humana". Así, lo esencial no es lo que vive y experimenta el sujeto real, sino las fuerzas que supone que son determinantes. "Según nuestra manera de ver -declara- los fenómenos observados deben dejar el primado a las fuerzas hipotéticamente admitidas". Ahora bien, las únicas hipótesis que admiten como plausibles son las que reducen a necesidad mecánica la condición del hombre y su relación con el ambiente.

Las fuerzas hipotéticas cuyas combinaciones y tensiones -"modificaciones cuantitativas" - organizan la vida del hombre y sirven de fundamento elemental a la metapsicología freudiana, son las tendencias instintivas, que ora las reduce todas a impulso sexual ("libido"), ora las divide en instintos de vida ("Eros"). Al fin de su vida Freud juzga que la doctrina de las tendencias instintivas es una mitología y que "los instintos son creaciones míticas, desconcertantes en su imprecisión".

El hombre es lo que es por el efecto que producen los acontecimientos sobre los impulsos primarios. Lo que consideramos en él disposiciones superiores sería sólo el resultado de los conflictos que se realizan entre los individuos y dentro de cada individuo. La transformación del animal prehumano en hombre es explicada como un proceso originado por la violencia exterior ejercida en la prehistoria por unos individuos sobre otros. El efecto inmediato de tal violencia es la "represión" de ciertas tendencias y la producción de satisfacciones compensadoras y sustitutivas. El efecto posterior lo constituye la "sublimación", capaz de transformar los impulsos psicofisiológicos en maneras sociales. En su desarrollo de acuerdo con la llamada ley biogenética, el individuo recapitula las vicisitudes por las que pasó la humanidad de la violencia, pues el conflicto se ha interiorizado. (Desde el punto de vista biológico, esto implicaría la herencia de los caracteres adquiridos, que todos los experimentos hechos para comprobarla niegan su existencia).

Todas las manifestaciones de la mentalidad humana primitiva y de la cultura actual proceden de la represión y la sublimación de los impulsos que produjeron el parricidio y el incesto una y otra vez en los albores de la civilización ("complejo de Edipo"). De esta suerte el instinto genital desexualizado y la agresividad sofrenada se convierten en materia de domesticación del hombre; el narcisismo se transforma en arte; el erotismo anal en economía; el tabú del incesto en derecho; el temor de represalias en moral; el desamparo frente a las fuerzas de la naturaleza en ciencia que protege realmente y en religión que da la seguridad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ilusoria del deseo. El proceso de la civilización, en su conjunto, no es la objetivación de valores positivos, sino una sofisticación de los instintos naturales, que abruma a los individuos: es la neurosis del género humano.

El manantial inexhausto de las posibilidades anímicas y espirituales del ser humano es el "ello", parte capital y primaria de lo subconsciente, que Freud llama "un caos, un depósito lleno de hirvientes excitaciones" irracionales, que sólo funciona conforme a las satisfacciones del "principio del placer". Esta es una de las tres partes del "aparato anímico de la persona". La segunda en orden genético es el "yo", que se diferencia y segrega -nunca totalmente- de ello, cuyas energías emplea en servicio de la adaptación del individuo al mundo exterior, conforme al "princiio de la realidad". El pobre yo tiene la difícil tarea de servir a tres amos rigurosos, poniendo de acuerdo sus pretensiones y exigencias: el mundo exterior, el ello y el "superyo". Mediador entre el ello y la realidad, el yo debe racionalizar y encubrir las oposiciones como un hábil diplomático. El yo no puede menos de reconocer su debilidad y su difícil situación, con lo cual es presa de angustia: angustia real frente al mundo exterior, angustia moral ante el superyo y angustia neurósica frente a las presiones del ello. El tercer componente del aparato anímico es el "superyo", que personifica una estructura de relaciones. Sus funciones son encarnar los ideales del yo, fiscalizar su actividad y exigirle que proceda de acuerdo con la conciencia moral. Originado por la identificación con la persona del padre y sus normas, conserva del complejo de Edipo la agresividad, pero sublimada y vuelta hacia dentro contra el yo. Ninguno de los tres componentes del aparato anímico son del todo conscientes: el ello es íntegramente subconsciente; el yo y el superyo, sólo en parte.

El sujeto, tal como lo concibe Freud, es juguete de móviles en gran parte obscuros: proceden unos directamente del ello, y otros, los "complejos", son elaborados subcoscientemente como reacción a las vicisitudes de la vida, principalmente en la infancia. El hombre no sólo ignora lo que él es, sino que no es dueño de su albedrío; el ser personal, el señorío y la majestad de que se ufana son puro trampantojo.

Queda expuesta sumariamente la doctrina metapsicológica de la índole humana. Examinemos ahora cuál es su significación, ¿Entraña una idea realmente nueva y plausible? La mayor parte de sus conceptos fueron anticipados por diversos pensadores, desde los profetas del Antiguo Testamento y Platón. A Nietzsche se deben los principales. Pero no cabe duda que el fundador del psicoanálisis, encendido en una fe exclusiva y sin límites en la ciencia, los ha elaborado con extraordina-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rio vigor en un cuerpo de doctrina original e impresionante, que ha ganado adeptos en el mundo entero, ansiosos de un nuevo evangelio.

Las convicciones de Freud son tan apasionadas que no pueden separarse de su persona. Positivista en la intención, en el hecho se sirve de los datos de la experiencia para desvirtuar la especificidad de los fenómenos anímicos y espirituales en apoyo de capciosas interpretaciones genéticas. El carácter fundamental de éstas es el inmenso poder plasmador que conceden a lo acontecido; de suerte que el movimiento hace al móvil, la experiencia eventual hace a la función, el accidente al agente. No reconocen poder determinante del ser del hombre ni a las disposiciones superiores cualitativamente esenciales ni a la libertad. Lo único auténtico e invariable es el hervidero de impulsos caóticos de la animalidad, prontos a manifestarse tales como son o, mayormente, trasvestidos. El hombre aparece disminuido por obra de un naturalismo radical: aquello que lo distingue de los animales resulta ser apariencia ficticia, al igual que los ensueños; sus aspiraciones e ideales y la razón y los valores no tienen más consistencia que las alucionaciones y los delirios; las objetivaciones de la cultura, salvo la ciencia y la veracidad de los sabios, son tan ilusivas como los síntomas neurósicos.

A pesar de todo, la concepción freudiana ha contribuido a perfilar la imagen que el hombre de nuestro siglo se ha formado de sí mismo. Pone en evidencia la considerable importancia dinámica y configuradora que tiene el instinto y el sentimiento en la condición humana. El mismo concepto del ello, como fuente inagotable de espontaneidad, corrige hasta cierto punto al mengua anexa al sistema de mecanismos y complejos exclusivamente reactivos. Por otra parte, en abierta y saludable oposición a la tradicional manera puramente estática y substancialista de considerar al hombre, ha puesto de relieve el papel, no sólo conexivo y formador que desempeñan las circunstancias, sino constitutivo de su manera de ser. Ciertamente, la historia de la vida personal no hace el meollo de la persona, pero sin la experiencia vivida y sin la posibilidad de vivirla peculiarmente no se concibe hoy el ser del hombre. También debe reconocerse carácter constitutivo de la índole humana a la discordia íntima, tan amplia y profundamente analizada por nuestro autor, y a las manifestaciones que atribuye al influjo de la misma: el simbolismo de los anhelos y de las fuerzas interiores encontradas; el enmascaramiento de las intenciones, la ignorancia y el engaño de sí mismo, la angustia frente al mundo y frente a la conciencia moral; el egoísmo y la propensión a hacer el mal. Si bien respecto a estos últimos puntos Freud generaliza lo propio de la vida descendente y desconoce lo que el espíritu tiene de objetivo y genuino y lo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que hay de magnífico y arcano incluso en el instinto, su visión de la discordancia radical, la expresión indirecta, la falsedad, la flaqueza y la imperfección corresponden a aspectos afectivos del ser del hombre. Esto explica que el psicoanálisis no sólo influya en el pensamiento contemporáneo en general, sino, mas o menos indirectamente, sobre algunas corrientes actuales de la antropología filosófica y del existencialismo.

II. CONCEPCION CULTURAL DE CASSIRER

Si a Freud colocamos en el extremo lindante con la concepción naturalista del hombre, un requerimiento elemental de simetría nos obliga a presentar una figura que confine con el humanismo. Entre otras tal vez la más apropiada es la de Ernst Cassirer. En contraste con las hipótesis dinámicas del médico que hubo de ser un gran neurólogo, ponemos la concepción cultural del neokantiano que fue profundo concocedor del clasicismo alemán.

El juicio que el hombre forma de sí es piedra angular de la filosofía antropológica de Cassirer, que encara el conflicto histórico acerca de la idea del hombre en la contradicción interna, no dependiente del choque de coerciones contra tendencias instintivas, como en Freud, ni en la aparente discordancia de las teorías fundadas en datos concretos de distintos aspectos del ser, sino en aquélla que es superada por el nacimiento del símbolo. El universo en que vive, siente y quiere el hombre es el simbólico, del lenguaje, de la religión, del mito, del arte y de la ciencia, esferas de su condición privilegiada, y no meramente en el mundo físico ni en el de las propensiones animales. El hombre no está solo ante los hechos puramente empíricos, ni en el encadenamiento de razones, sino en una atmósfera de fantasía relacionadora y creadora, que plasma la cultura. Esta es una textura animada de formas simbólicas significativas, en la cual la magia, la simpatía y el conocimiento nos dan testimonio tanto de lo real cuanto de los posible, promoviendo el ajuste de nuestro mundo interior al mundo exterior, sin desmedro de nuestra elevación en el orden ideal.

La índole del hombre, según la filosofía de las formas simbólicas, se define por el sentido de la función de las obras que es capaz de concebir y ejecutar, gracias al poder que tiene de edificar un mundo suyo, ideal. El hombre no sólo vive su vida, sino que la expresa, y los diversos modos de expresión constituyen las mencionadas funciones simbólicas que, siendo hechas y diferenciadas por los individuos, sobrepasan la existencia individual. Sus obras dan testimonio de la unidad estructural de la cultura en las diversas y autónomas esferas de su manifestación, con su sentido propio

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y su triple faz: afectiva, sensible y categorial. Aunque el ser del hombre se revela en todas esas esferas, con la característica polaridad de permanencia y transformación, de tradición e innovación, y aunque cada una de ellas entraña el descubrimiento y el despliegue de una potencia original, el arte y la historia son particularmente significativos de su entidad. El hombre real, el hombre total es aprehendido por excelencia en la obra de los grandes artistas y de los historiadores geniales.

La concepción de Cassirer representa una imagen esquemática y parcial, casi fragmentaria, del hombre -imagen cuya significación queda dentro de la descripción incompleta del mundo espiritual-. Aunque acierta en demostrar la importancia general de su poder simbolizador, no convence de que pueda caracterizarlo como el atributo mayor de la índole humana. Además, la aptitud simbólica no es exclusiva de nuestra especie, pues existe en la actividad perceptiva y en la vida de relación de los animales, incluso en formas complicadas de lenguaje entre los insectos, como lo prueban las investigaciones de Karl von Frisch en las abejas. De otra parte, pese a que reconoce la disposición creadora y conjuntiva de los hombres en la expresión, las obras y el mundo ideal, no logra dar una imagen cabal de la unidad humana. Pesa mucho en sus argumentos el espíritu del humanismo, individualista y ganado por el arte. En fin, si Freud con sus hipótesis desmesuradas intenta relacionarlo y explicarlo todo, Cassirer queda corto con lo poco que ha agregado al examen a fondo hecho en su obra fundamental sobre las formas simbólicas del lenguaje, del pensamiento mítico y de la fenomenología del conocimiento.

III. IDEA DEL HOMBRE EN JASPERS

Las concepciones más típicas del hombre entre las de nuestros días son sin duda las existenciales. Es imposible examinar ni siquiera las principales, por lo cual aquí sólo cabe señalar la que por sus características puede reputarse medianera entre las direcciones extremas en lo que respecta a la trascendencia. Tal doctrina de posición central es la filosofía de la existencia de Karl Jaspers. Según ella el ser del hombre no se transparenta a la especulación científica. Las teorías de este tipo sólo conducen a exagerar de modo caricaturesco aspectos parciales de la realidad humana. El saber científico nos ofrece -aparte el rigor metodológico- datos sobre nuestro organismo y sobre nuestra vida anímica y espiritual, que nunca pueden aunarse lógicamente, pues corresponden a maneras de ser separadas por abismos. Y en general, ninguna disciplina, ni científica ni filosófica, ningún arte, ninguna intuición nos permiten aprehender cumplidamente lo que es el hombre. Lo único alcanzable son

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vislumbres acerca de lo distintivo de su realidad. Esto se debe a que el hombre no es un objeto ni un horizonte de fenómenos y posibilidades, sino ser que se aboca a los fenómenos y convierte en actos las posibilidades.

Con todo, si no es posible que el hombre conozca definitiva y cabalmente qué es, el ahonde existencial permite formar una idea aproximada de su índole, allende los hechos positivos. La vida cotidiana no revela lo más genuino de nuestra entidad, que no es vivir en el mundo con conciencia de sí y de lo otro y con la razón formadora de totalidades ideales; nos ofrece, sin embargo, la evidencia de que el hombre es criatura descabal, incluso en su aspecto biológico. En efecto, mientras que el ciclo vital de los otros seres y su ajuste al medio son cerrados y concluscs, la vida del hombre muestra una espontaneidad, una flexibilidad y una disponibilidad que desbordan la adaptación de los seres subhumanos y su organismo revela flaquezas, desmedros y dificultades ausentes en los animales. Y en el campo de la actividad anímica y espiritual, la misma riqueza de posibilidades del hombre, enfrentada a la limitación de las condiciones de la existencia, le impide ser enterizo. Frente a la naturaleza derriba penosamente las barreras que ella opone a su voluntad expansiva; los demás hombres le ofrecen resistencias y problemas; y su propia intimidad, insuficiencia, incertidumbre y complicaciones.

El hombre es realmente hombre en cuanto ser histórico, dinamismo perpetuo de actitudes y momentos concretos, susceptibles de iluminación reveladora. La historicidad no consume al hombre en la sucesión temporal, ni convierte la opción de destino posible en fenecimiento, sino que es campo de aventura en el que, con la acción externa e interna, lo temporal es capaz de vincularse a lo eterno, la vida objetiva a la existencia auténtica, la necesidad a la libertad.

El hombre es existencia, ser intrínseco, que se comunica con las otras existencias. La existencia de cada persona se pone en camino de cerciorarse de su realidad y de la realidad gracias a la comunicación que se funda en el amor y se prefecciona con la humanitas, abierta a aprehender lo genuino con íntimo respecto del mensaje ajeno, pero venciendo ilusiones en la pugna amorosa por salir de la angostura cotidiana en busca de la verdad.

Las situaciones límite -inevitables y sin salida-, la historicidad y la comunicación son esenciales para la experiencia de la finitud del hombre y de su elevación a lo infinito. Pero todos los horizontes que le ofrecen no dan por sí solos substancia a su ser mismo. Este la recibe de sus orígenes, gracias a la trascendencia. La profundidad, la fuerza y el ámbito de la existencia implican condiciones de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la trascendencia. Sin ésta lo inmanente queda como puro hecho empírico; no se ilumina ni se hace transparente dejando al hombre reflexivo en la desesperación de su insignificancia, con el espíritu abocado a la nada como último fin de sus afanes inquisitivos. La trascendencia, lograda en momentos de plenitud del alma, inflama en el hombre la existencia posible. El esfuerzo de desentrañar lo que esta detrás de los fenómenos le ofrece, con la germinalidad misteriosa de sí, asomos de inmoralidad. Pero sólo llega al penetral de su libertad y sólo alcanza ingenuidad y amor superiores en la fuente de la suprema trascendencia, que es la divinidad. Para encaminarse a ella tiene indicios y halla incentivos en la obscura y nostálgica reminiscencia de su origen en la creación, y en el ansia de unidad, que encaminan su ser mismo a desplegar laboriosamente las virtualidades capaces de plenitud de la existencia en el disfrute de la más elevada forma de libertad. Si bien, en el proceso de la experiencia íntima, la libertad apareja culpa, tanto por la falta de resolución, cuanto por la existencia posible que se sacrifica en toda opción que no consuma trascendencia. Así, en el ejercicio de la existencia, la libertad no es hecho objetivo susceptible de ponerse en la misma línea que el indeterminismo y la causalidad objetivos.

También en ese proceso íntimo, el pensamiento y la voluntad no se contentan con superar la racionalidad de lo inmanente y objetivo, del saber científico y de la ontología; por el contrario, saltando los límites de lo cognoscible y sujeto a categorías, se encaminan a lo que anima e ilumina interiormente, reconociendo el fracaso de las ilusiones del saber y de la vida. En los actos correspondientes lo aprehendido sólo satisface momentáneamente, como cifra transitoria de la trascendencia. En cada cifra se confunde lo simbolizado y el símbolo, que no es interpretable de manera unívoca, pues siempre tiene múltiples significaciones posibles. De esta suerte, no hay conocimiento definitivo de lo que no es -y con ello de lo que el hombre es-, sino un avanzar de cifra en cifra, de fracaso en fracaso. Todo fracasa en la existencia, excepto la existencia misma en cuanto dirección de posibilidades.

En suma, para Jaspers la entidad del hombre está allende su ser empírico, en una dimensión trascendental, en la que se confunden la fe en lo absoluto con el hontanar de lo intrínseco. La existencia humana no se basta a sí misma, se dirige por encima de sí, a lo que no es susceptible de convertirse en cosa del mundo, aunque se da en el mundo. Lo objetivo y lo subjetivo de la realidad humana se superan y esclarecen a nuestro sentido íntimo en la trascendencia, no pasible de reducirse a fórmulas, rutilante sí en fugaces símbolos que elevan al hombre a la cúspide de lo que promete su calidad de criatura creadora.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La visión antropológica de Jaspers, que supera el positivismo y el idealismo, es ciertamente original y estimulante de la reflexión. Tiene antecedentes, desde las "Enneadas" de Plotino y precursores inmediatos, sobre todo en Goethe, Kierkegaard y Nietzsche. Abre al espíritu una perspectiva substancial. En ella la existencia humana, sin dejar de engranarse en las condiciones materiales, temporales y sociales, se eleva sobre las mismas a un plano casi anagófico; la disciplina y la crítica más penetrantes se compadecen con la virginal ingenuidad de los niños y los grandes poetas; y el hombre se salva de ser juguete de turbios móviles, si está animado de un alto espíritu de aventura -como quería Nietzsche- en los mares de lo arcano, que es él mismo. La libertad y los límites, lo finito y lo infinito, la existencia frente a las existencias, todo lo encontrado o complementario de la experiencia del hombre se articula en un movimiento que no se pierde en puro cambio por su virtud perfectiva.

Ciertamente, la antropología jaspersiana no puede satisfacer a todos. Es pasible de reparos desde diversos puntos de vista. Sólo señalaré los que se me ocurren de peso para el sentido común. Más que el ser del hombre en general, trata de desentrañar el ser del filósofo; y más que el hombre tal como se da de hecho, atiende a sus supremas posibilidades. El examen de la existencia esforzada se resuelve en ansioso y frustráneo movimiento hacia su penetral. La razón busca totalidades sin acertar con la unidad del agente. La investigación del ser del hombre parece que se reduce a egología, que si bien se contrasta con la experiencia ajena en la comunicación, no se traduce en comprensión válida para todos. Las contradicciones abismales inherentes a la inteligencia de lo que el hombre es en cuanto vida, en cuanto conciencia y en cuanto espíritu no llegan a ser superadas en una idea completiva, pese al asir (das Umgreifende) y a la trascendencia. La entidad del hombre es absolutamente insondable. Por último, correspondientemente con la imposibilidad de aprehensión del ser y del ser de uno mismo, el esfuerzo del ahonde filosófico remata en una conclusión negativa: lo único determinado y consistente que hay en el hombre es su condición de se descabal. Y si es cierto que es más de lo que él sabe de sí, eso se volatiza en alegorías.

IV. CONCLUSION

La comparación de las concepciones de Freud, Cassirer y de Jaspers nos ofrece semejanzas mayormente superficiales y contrastes profundos. En las tres la actividad propia del hombre se reduce a manifestaciones en constante fluir, cuya expresión característica es el símbolo -máscara de fuerzas hipotéticas, frutos de un impulso configurador que no da

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

testimonio sino de sí mismo, conato de trascendencia insostenible, respectivamente. Las tres concepciones apelan a un manantial recóndito de posibilidades: el ello, puramente animal; la contradicción íntima que se resuelve y supera en poiesis universal; y las fuentes u orígenes del ser mismo sobrenaturales y pseudosobrenaturales. Consideran la eficacia configuradora de los acontecimientos de la vida de relación y de los conflictos, la una en sentido empírico causal, la otra en el sentido del acontecer histórico; y la tercera como iluminación reveladora. Freud y Jaspers reconocen la mengua del yo, su dilogía, sus ansias y su culpa, pero mientras que para el primero son puramente negativas e insuperables, para el segundo en ellas el polo de lo finito se complementa con el de lo infinito. Donde no cabe semejanza es entre la reducción del hombre a mecanismos de sexualidad y agresión, y su esclarecimiento como ser capaz del salto cualitativo de la trascendencia por el amor y la fe. En fin, la oposición extrema está en lo tocante a la libertad desde el punto de vista de la filosofía de la existencia es creadora. En lo que respecta a Cassirer, es notorio el descuido del ser biológico del hombre, que es en realidad revelador de diferencias radicales respecto al animal; así como la desconsideración de aspectos fundamentales del ser espiritual de la entidd humana.

En conclusión, estas tres maneras de considerar la realidad humana manifiestan una tendencia que les es común y que corresponde al espíritu de una de las corrientes del pensamiento más característicaa de nuestra época: coincidan en elevar el dinamismo a la categoría suprema del conocimiento antropológico y cosmológico. No hay substancias absolutas de ningún orden, ni objetividad esencial; lo único positivo en la realidad es el cambio. Así, la concepción típicamente moderna del progreso, que en un principio fuera sólo ideología política, remata en el extremo de ver en todo puro proceso transeúnte, desubstanciador del hombre lo mismo que del mundo. Este no se reduce ya siquiera a polvo ni aquél a quinta esencia del polvo, sino a desnuda fugacidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TABAQUISMO EN PACIENTES MENTALES

Dr. Próspero Otárola Toscano
Dr. Alvaro Velásquez Acosta

I. INTRODUCCION

El presente trabajo se ha realizado en el INSM "Víctor Larco Herrera" de Lima y en el Centro de Rehabilitación de Salud Mental "Kenny Tejada Tejada" de Barranca.

Para el efecto, se han tomado al azar 160 pacientes internos (101 varones y 59 mujeres); 100 pacientes ambulatorios (64 varones y 36 mujeres), supuestamente libres de transtornos mentales, entre ellas, algunas pertenecientes al personal que labora en las instituciones mencionadas y familiares de pacientes.

Las hipótesis con las que se han trabajado son:

1. La prevalencia del tabaquismo es mayor en pacientes mentales que en los supuestos normales.
2. El consumo de tabaco es factor de refractariedad en el tratamiento con neurolépticos antipsicóticos.
3. Los pacientes mentales ofrecen más resistencia que otros grupos análogos a las enfermedades inducidas por el humo del tabaco y a los efectos colaterales de los neurolépticos.
4. La nicotina es tan adictiva como la morfina o la cocaína en el paciente mental.

II. METODO

Los fumadores de tabaco han sido distribuídos en los siguientes 3 grupos: Grupo A, que corresponde a los grandes fumadores y fumadores en cadena o los que consumen 20 ó más cigarrillos por día; Grupo B, de los fumadores moderados, o los que fuman de 19 a 10 cigarrillos por día; y Grupo C, de los fumadores leves o los que consumen 9 cigarrillos o menos por día.

A cada paciente se le ha hecho diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con la 10a. Revisión de las Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

A todo fumador de tabaco hallado en los distintos grupos se le ha practicado examen clínico somático con el fin de descubrir enfermedades atribuibles al consumo de tabaco y transtornos inducidos por la medicación neuroléptica. Se han tomado en cuenta las variables: sexo, edad, años de consumo de tabaco, grado de instrucción y tiempo de trastorno mental.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

III. RESULTADOS

El número de fumadores encontrados en los pacientes internados llega a 36 (22.55), de los cuales 28 (27.72%) son varones y 8 (13.55%) son mujeres. De los fumadores varones, 18 pertenecen al Grupo A, 7 al Grupo B y 3 al Grupo C. De las fumadoras, 3 son del Grupo A, 2 del Grupo B y 3 del Grupo C (Ver tabla).

Dentro de los pacientes ambulatorios se han detectado 9 (9%) fumadores y ninguna fumadora. De los fumadores, 4 son del Grupo A, 4 del B y 1 del C.

Entre las personas de control se han hallado 4 (4%) fumadores: 2 varones y 2 mujeres. Entre los primeros, 1 pertenece al grupo A y otro al B; entre las segundas, una es del Grupo A y otra del C.

En lo que respecta al diagnóstico psiquiátrico, entre los internos fumadores del Grupo A, 13 tienen esquizofrenia, 3 tienen trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicotrópicas además del tabaco, 1 tiene epilepsia y 1 tiene trastornos de la personalidad; entre los del Grupo B, los 7 tienen esquizofrenia; y en el Grupo C, 2 tienen esquizofrenia y 1 trastorno mental por uso de sustancias psicotrópicas distintas al tabaco. En cuanto a las internas fumadoras del Grupo A, 2 tienen el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y 1 tiene esquizofrena; en el Grupo B, las 2 tienen esquizofrenia; y en el Grupo C, 2 tienen retardo mental moderado y 1 tiene esquizofrenia.

En lo que corresponde a los pacientes ambulatorios fumadores del Grupo A, 3 tienen el diagnóstico de esquizofrenia y 1 tiene trastorno de la personalidad; en el Grupo B, 2 tienen esquizofrenia, 1 trastorno de la personalidad y 1 epilepsia asociada con retardo mental; y en el Grupo C la única fumadora tiene esquizofrenia.

En lo que lo toca el tiempo promedio de consumo de tabaco entre los internos fumadores de los grupos A, B y C son, respectivamente: 25, 23 y 16 años; y entre las fumadoras, 26, 25 y 18 años, respectivamente. Entre los pacientes ambulatorios fumadores de los Grupos A, B y C, tienen un tiempo de consumo promedio de 24.9 y 10 años, respectivamente. En los individuos de control, el fumador del Grupo A, fuma tabaco desde hace 20 años y del Grupo B desde hace 15 años; y la fumadora del Grupo A tiene 20 años de consumo de tabaco y la del Grupo C, 10 años.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Tabla 1

CUADRO COMPARATIVO DE FUMADORES DE TABACO DE PACIENTES INTERNOS Y AMBULATORIOS CON GRUPO DE CONTROL

NUMERO DE PERSONAS	SEXO	NUMERO DE FUMADORES POR GRUPO	EDAD PROMEDIO	PROMEDIO EN ANOS CONSUMO DE TABACO	DIAGNOSTICO CIE - 10	EVOLUCION CLINICA EN ESQUIZOFRENIA	GRADO DE INSTRUCCION ANOS PROMEDIO DE ESTUDIO	TIEMPO DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ANOS
INTERNOS		A -18	A- 45.2	A - 25	A: 13 Esquiz; 3 F.D. 1 Epilep; 1 T.Pers	A : 13 S.M.	A - 7.9	A - 23.8
	VARONES 101	B - 7	B- 41.7	B - 23	B: 7 Esquiz	B : 7 Res	B - 7.0	B - 20.0
		C - 3	C- 40.6	C - 16	C: 2 Esquiz; 1 F.D.	C : 1 ASI; 1 RES	C - 8.3	C - 16.6
		TOTAL=28	Rango: 67 - 22	Promedio=21				
160	MUJERES 59	A - 3	A- 49.3	A - 26	A: 1 Esquiz; 2 Bipol;	A : 1 S.M.	A - 5.3	A - 33.3
		B - 2	B- 47.5	B - 25	B: 2 Esquiz	B : 2 RES	B - 4.0	B - 27.5
		C - 3	C- 44	C - 18	C: 1 Esquiz; 1 R.M.	C : 1 RES	C - 3.6	C - 25.0
		TOTAL= 8	Rango: 71 - 36	Promedio=23				
AMBULATORIOS		A - 4	A- 46.3	A - 25	A: 3 Esquiz; 1 T.Pers	A : 1 S.M. 2 RES	A - 8.5	A - 27.5
	VARONES 77	B - 4	B- 30.7	B - 9	B: 2 Esquiz; 1 T.Pers 1 Epilep; 1 R.M.	B : 2 S.M.	B - 6.8	B - 17.5
		C - 1	C- 17	C - 10	C: 1 Esquiz	C : 1 RES	C - 6.0	C - 7.0
		TOTAL= 9	Rango: 58 - 17	Promedio=14				
100	MUJERES 23	A - 0						
		B - 0						
		C - 0						
		TOTAL= 0	Rango: 44 - 23					
CONTROL		A - 1	A- 50	A - 20			A - 23	
	VARONES 64	B - 1	B- 60	B - 15			B - 23	
		C - 0						
		TOTAL= 2	Rango: 60 - 25	Promedio=17.5				
100	MUJERES 36	A - 1	A - 40	A - 20			A - 11	
		B - 0						
		C - 1	C - 32	C - 10			C - 19	
		TOTAL= 2	Rango: 50 - 24	Promedio=15				

A: > 20 cigarrillos/dia
B: 19-10 cigarrillos/dia
C: < 9 cigarrillos/dia

S.M.: Sin modificacion
RES : Residual
ASI : Asintomatico

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Relacionando el cuadro clínico psiquiátrico con el hábito de fumar se ha observado que los 13 internos del Grupo A que tienen el diagnóstico de esquizofrenia, tanto del tipo I como del tipo II, presentan sintomatología resistente al tratamiento farmacológico antipsicótico aún a dosis altas; del Grupo B, los 7 pacientes con esquizofrenia tienen sintomatología residual; y de los 2 con esquizofrenia del Grupo C, uno es asintomático y otro es residual. Entre las internas, la paciente con esquizofrenia del Grupo A tienen sintomatología sin modificación; las 2 con esquizofrenia del Grupo B tienen sintomatología residual; y en la misma condición, la del Grupo C.

Entre los pacientes ambulatorios, los 3 fumadores del grupo A con esquizofrenia tienen sintomatología residual; de los 2 que tienen esquizofrenia del B, uno es refractario y otro residual; y el único con esquizofrenia del Grupo C, es residual.

En relación con los años de estudios se ha visto que los grandes fumadores son los que tienen más años de estudios.

Análogamente, los fumadores de los Grupos A y B pertenecen a grupos etáreos mayores y con más tiempo de trastorno mental.

En lo que se refiere a enfermedades atribuibles al humo de tabaco, en el examen clínico no hemos constatado alteraciones respiratorias manifiestas, cardiovasculares ni oncológicas entre los fumadores internos y ambulatorios. En el grupo de control, 2 fumadores han tenido cirugía cardiovascular por insufiencicia coronaria atribuible al tabaco y una fumadora es hipertensa arterial. El patólogo del Instituto no ha tenido casos de cancer bronquial o pulmonar en los necropsias de los últimos 5 años.

En los internos fumadores del Grupo A no hemos observado signos extrapiramidales ni de disquinesia tardía inducidos por los neurolépticos a pesar de que han recibido en dosis considerables por más de 20 años. En cambio, en los fumadores de los grupos B y C, el hallazgo de estos signos fue frecuente, en forma comparable a los pacientes no fumadores en tratamiento con neurolépticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En 4 internos fumadores del Grupo A se ha registrado conducta vandálica y agresiva cuando les faltó cigarrillos. El cuadro clínico es de verdadero pánico. Un paciente rompe ventanas y antebrazos con pedazos de vidrio ante la falta de cigarrillos; otro atacó a la madre y a sus propios hermanos causándoles heridas contusas de consideración; en la misma circunstancia, un 3er paciente destruyó los mostradores de vidrio de un local comercial donde le negaron cigarrillo; y, por último, otro paciente, hizo destrozos del mobiliario de una oficina de enfermería después que atacó con piedras a todas las personas que se le cruzaron. Este paciente sobrevivió a 6 disparos con arma de fuego en el abdomen por parte del padre, al parecer en una crisis similar a los anteriores.

IV. DISCUSION

El hecho de que los pacientes internos fumen más que los ambulatorios (22.5% vs. 9%) y éstos más que los no pacientes (9% vs. 4%), parece confirmatorio de que la prevalencia del tabaquismo es alta entre los pacientes mentales, con predominio de los que tienen el diagnóstico de esquizofrenia (61.11% de los fumadores) John R. Hughes (1) encuentra cifras más altas (52% vs. 30%) y con preponderancia de pacientes con esquizofrenia (88%), pero sin encontrar relación con la institucionalización de los mismos. Algunos de estos fumadores aseguran que hay relación directa entre la cantidad de neurolépticos que reciben y el número de cigarrillos que consumen, como si la nicotina fuera un antagonista de ciertos efectos de estos antipsicóticos.

La nicotina ($C_{10}H_{14}N_2$), alcaloide de la Nicotiana tabacum y otras variedades de esta solanácea, fue aislada por Vauquelin (1809); se encuentra en la hojas en un 0.5 -16% y no se ha hallado en las semillas (2). Un cigarro (puro) que pesa 4 gramos tiene 60 mg de nicotina y un cigarrillo que pesa 2 g contiene 24 mg de nicotina. La dosis letal es de 60 mg y sus efectos son comparables con el ácido cianhídrico. En el fumador de pipa y de cigarro la absorción puede ser por la mucosa oral mayormente, mientras que en los fumadores de cigarrillos es por los alvéolos pulmonares.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuando se fuma tabaco la nicotina llega al cerebro en 7 segundos; esto es 2 veces más rápido que la heroina endovencsa y 3 veces más que el alcohol. Grandes fumadores de tabaco y al mismo tiempo adictos a otras drogas, cuando reciben inyección endovenosa de nicotina (Ø.75 a 3.ØØ mg por inyección) experimentan euforia comparable con las obtenidas con otras drogas estimulantes. En voluntarios sin antecedentes de adicción, la inyección endovenosa de nicotina produce sensación de quemazón en la vena y náuseas (3).

Los efectos subjetivos y vivificantes de la nicotina parecen originarse en el SNC, pues pueden ser antagonizados por bloqueadores ganglionicos centralmente activos (mecamylamina) y no por bloqueadores periféricos como el pentolinium. Aún no se ha descubierto la relación de sus receptores específicos.

Las acciones farmacológicas y psicológicas de la nicotina podemos resumirlas en los siguientes items:

1. Los efectos reforzadores parecen traslaparse con los sistemas dopaminégicos de alguna manera, semejando a la cocaína.

2. El efecto alertador o estimulante de la atención y concentración parece estar en relación con el aumento de la actividad colinérgica en la corteza. La nicotina puede aumentar o disminuir la liberación de la acetilcolina, dependiendo de la dosis.

3. Libera neurohormonas como la hormona del crecimiento, la vasopresina y ACHT. Produce vasoconstricción en las extremidades y el útero. Subproductos de esta acción son los abortos y el peso bajo de los reción nacidos.

4. Aumenta la frecuencia cardíaca (84 por minuto en promedio) y eleva la presión arterial de manera aguda al incrementar la noradrenalina en plasma; sin embargo el efecto a largo plazo en la hipertensión esencial es menos claro (4).

5. Relaja la musculatura y libera beta-endorfinas que pueden reducir el estrés.

6. Baja el nivel de insulina en la sangre y disminuye el apetito para carbohidratos, especialmente en las mujeres.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

7. Activa funciones fisiológicas como el metabolismo de alimentos y la inducción enzimática a nivel hepático.

8. La nicotina no puede ser convertida en cotinina, su metabolito mayor, que es inactivo, y con vida media de 20 horas. El nivel cerebral cae rápidamente en 30 ó 45 minutos por lo cual el fumador tiene que verse obligado a elevarlo inhalando una y otra vez (200-400 golpes o caladas por día).

La nicotina genera tolerancia y dependencia física y es tan adictiva como la heroína y la cocaína, o acaso más, ya que los ex-heroinómanos aseguran que es mas difícil dejar el tabaco. No importando la forma de tratamiento (hipnosis, acupuntura, conductual, sustitutiva, deprivación sensorial, grupos de ayuda, etc., alguien contó hasta 39 regímenes) hay que esperar 75% de recaídas en un año. Es revelador que en un grupo de fumadores que tuvieron infarto del miocardio, el 63% volvió a fumar en el año contra el 28% del grupo de control (5). Sin embargo, solamente hace 18 años la OMS clasificó al tabaquismo como enfermedad.

El humo del tabaco es un aerosol que contiene más de 4000 componentes químicos (Roberts en 1983 aseguró que habían 3996) de los cuales 60 son cancerígenos (6). Estas sustancias forman aductos (uniones químicas estables de sustancias carcinógenas y DNA) que se encuentra en el epitelio bronquial en los fumadores en un orden de 10, en exfumadores en 6 y en no fumadores en 1-2. Se han encontrado aductos en el moco cervical. En realidad hay dos clases de humos: a) el exhalado o primario, de color amarillo pálido, es filtrado en los pulmones del fumador en cada puff o golpeada (9-10 entre nosotros y 5 en EEUU por cigarrillo en 5-10 minutos); b) El secundario, de color azul que emana del extremo encendido a 800°C; es más peligroso porque tiene ácido cianhídrico, monóxido de carbono, formaldeido, nicotina, etc. Estos humos son responsables del 90% de cánceres orales (en masticadores de tabaco, del 87% de carcinoma broncógeno, del 21% de cardiopatías y en el 30% de muertes por cuadros oncológicos, entre ellos cáncer mamario y del cuello del útero (en fumadoras pasivas), así como de otros cuadros respiratorios (particularmente enfisema), histiocitosis X, úlcera digestiva, etc.

Se calcula que cada cigarrillo quita 8 minutos de vida, que cada 10 segundos muere alguien como consecuencia de fumar tabaco (cada 50 segundos por accidente de tránsito, cada 30 segundos por el alcohol) y que según

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

informe del VI Congreso Mundial de Tabaco y Salud de 1987 realizado en Tokio, 2'500,000 mueren al año en el mundo con enfermedades relacionadas con el tabaco. No obstante, mil millones siguen fumando.

El hábito de fumar está disminuyendo en los países industrializados, desde 1964 en 2% anual, y está aumentando en los países del tercer mundo en el mismo porcentaje, de modo que el nogocio del fumar sigue boyante gracias a la propaganda agresiva de las grandes tabacaleras internacionales y nacionales, protegidas por leyes especiales. En Perú, según la OMS, en 1982, el consumo de cigarrillos por habitante era 216 y en 1986 había subido a 350 cuando fumaban el 34% de hombres y el 7% de mujeres. Entre nosotros existe la ley 2537 de noviembre de 1991 que prohibe fumar en lugares públicos, que no ha sido reglamentada aún para entrar en vigencia. La lucha de los antitabaquistas es desigual, pues las tabacaleras tienen fondos secretos para la propaganda directa e indirecta. Se sabe que gastan 250 millones de dólares solamente para muestras gratis de cigarrillos.

El porcentaje bajo de fumadores en nuestro grupo de control se puede explicar si se tiene en cuenta que en su mayor parte son personas que trabajan en salud.

La razón de que no hayamos encontrado patología oncológica o degenerativa atribuible al cigarrillo entre los pacientes fumadores, está en que la edad promedio de estos está por debajo de los 50 años. Casi todos los casos de carcicoma broncógeno, por ejemplo, se presentan entre los 50 y 70 años. Menos del 5% de los casos se presentan en menores de 40 años.

Asiste toda la razón a quienes afirman que en materia de adicción nos estamos equivocando de enemigo, como algunos inspectores de la Interpol que buscan cocaína, heroína y hachís, con el cigarrillo o la pipa en la boca. El dejar de fumar es una vacuna contra un mal que causa la mayor mortalidad prematura que, paradógicamente es evitable.

El fenómeno de que la adicción al tabaco como la cacaína está dejando de ser problema en los países industrializados y está agravándose en los países en desarrollo es algo nuevo y revela la vulnerabilidad de estos.

Hasta 1978 nadie dudaba de que el tabaco era exclusivamente de origen americano. Ese año al examinar la momia de Ramsés II se encontró nicotina y un parásito (insecto) del tabaco.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VI. REFERENCIAS

1. Hughes J.R. et al: Prevalence of Smoking Among Psychiatric Outpatients. Am. J. Psychiatry. 143: 993-994, 1986

2. Der Gesundheits Brockhaus, FA Wiesbaden 1979.

3. Kaplan, HI: "Comprehensive Texbook of Psichiatry /V. 680-683, 1989.

4. Schroeder, S.A.: "Diagnóstico Clínico y Tratamiento". 242, 1972

5. IBIDEM.

6. Amorín E.: "Tabaquismo y sus consecuencias". Boletín del INEN, 138, 1990.

7. Padgett, T. : "Cocaine Comes Home", Newsweek: 6-10, 29.03.93.

------ . ------

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESINSTITUCIONALIZACION, UNA EXPERIENCIA EN SERVICIO

Dr. José Ranilla Collado
Dra. Prisca Cersso

El presente trabajo tiene por objeto la descripción de una experiencia de desinstitucionalización de un servicio psiquiátrico de hospitalización del Instituto de Salud Mental "Víctor Larco Herrera". Esta experiencia se inicia a poco de asumirse la Jefatura del Servicio del Pabellón Nº 9, el año 1986. El pabellón en mención se caracterizaba por contar con una población numerosa de pacientes mujeres que en Diciembre de 1986 alcanzó un número de 63, con un promedio de edad (XE) de 44 años, con un 76% de soltería. El Promedio de Permanencia (XP) llegó a 12.9 años, con un valor máximo de 54 años y un valor mínimo de menos de 1 mes. El Diagnóstico Psiquiátrico de mayor frecuencia era la Esquizofrenia con 57% de la población estudiada, seguida por el Retardo Mental con un 20%. La sintomatología más frecuente estaba relacionada con la actividad psicomotora que se manifestaba como agitación psicomotora con agresividad e hipobulia. Los síntomas delusivos y alucinatorios estaban presentes sin alcanzar preminencia. La evaluación de las funciones psicológicas nos informó de la existencia de algún Nivel de Deterioro en el 77% de la población de pacientes esquizofrénicos. La participación de las pacientes en las actividades programadas en Laborterapia, jardinería y limpieza ocupaba el 69% de la pacientes incluyendo a aquellas que requieren de supervisión y control (25%)

En relación a la familia, debe señalarse que el 60% contaba con familiares, y el 7.9% se encontraba en condición de total abandono familiar, el 32.1% restante no tenía familia alguna, habiéndose hospitalizado por intervención de la policía e instituciones sociales.

La visita de familiares se cumplía en un 60% debiéndose mencionarse que era preferentemente mensual o quincenal y en algunos casos era muy irregular.

La condición socioeconómica de los familiares podía calificarse como preferentemente de un nivel bajo en el 52% de los casos, llegándose a esta consideración previa determinación del tipo de actividad remunerativa realizada de la tenencia, condiciones de vivienda, hacinamiento, etc. El porcentaje de indigente para efectos de pago de internamiento y medicación llegaba a 69% que se explicaría por omisiones en la calificación administrativa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Finalmente, señalaremos la existencia del antecedente de internamientos previos en el 38% de la casuística.

El diagnóstico situacional nos mostraba que se contaba con una población de pacientes que tenían un XE de 44.6 años y una estancia prolongada de 12 años, con un elevado porcentaje de Esquizofrenia y de deterioro y que paulatinamente perdía contacto con la comunidad debido al alejamiento familiar, constituyéndose en una muestra de institucionalización y abandono.

Como quiera que el servicio se planteara el objetivo de movilización de los pacientes y la inserción en el ambiente familiar se procedió a realizar las siguientes acciones:

1. Revaluación y actualización de la información social.
2. Ubicación y captación de los familiares.
3. Estimular la participación de los pacientes en las actividades de laborterapia y jardinería.
4. Elaboración y ejecución de un programa de estimulación de las funciones psicológicas a responsabilidad de la Unidad Psicología *.
5. Obtener la comprensión y participación del personal del servicio en la consecución de los objetivos.
6. Alcanzar la comprensión y participación de las autoridades del hospital.
7. Preparación de la familia respecto a la recepción del paciente.
8. Ejecución progresiva y sostenida de las altas, iniciándose con aquellas que ofrecían mayor margen de aceptación y éxito.
9. En todo momento se supervisaba y reforzaba las acciones pertinentes del personal profesional y auxiliar.
10. Mantener conexión con el paciente a través de la consulta externa y utilizar el internamiento breve como alternativa factible.

* Programa similar al de Aprestamiento Escolar que estimula atención, coordinación Visomotora, memoria y estimulación del pensamiento abstracto a través de la interpretación de lo simple a lo complejo.

Transcurrido más de 1 1/2 de inicio del programa de desinstitucionalización y encontrándonos en el curso mismo del proceso podemos informar lo siguiente:

1. Que el total de altas del servicio es de 62 de los cuales 25 corresponden a miembros de la población a diciembre de 1986 (39%)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

2. Que la población de pacientes movilizados tenían las siguientes características estadigráficas:
   - 2.1 Un promedio de 49 años de edad.
   - 2.2 Un promedio de 15 años de permanencia
   - 2.3 El 72% de los egresos tenía el diagnóstico de algún tipo de esquizofrenia.
   - 2.4 El 72% de las pacientes esquizofrénicas egresadas tenía algún nivel de deterioro.
   - 2.5 El 76% de los egresos participaba en alguna actividad ocupacional.
   - 2.6 El 80% de los egresos tenía familia.
   - 2.7 El 40% de los egresos tenía familia de bajo nivel económico.
   - 2.8 El 80% de los egresos recibía algún tipo de visita familiar.
   - 2.9 El 48% de los egresos se encontraba calificado como indigente.
   - 2.10 El 52% de los egresos tuvo uno o más ingresos previos.
   - 2.11 Hubo un 24% de reingresos
   - 2.12 El 83% de los reingresos tuvo uno o más ingresos previos.
   - 2.13 Del total de egresos, el 8% se ubicó en asilos, 4% se ubicó laboralmente y el 88% se incorporó a la familia.

El análisis de estos resultados nos permitió inferir que la desinstitucionalización de pacientes de larga permanencia es factible, aún cuando la edad sea próxima a los 49 años; o que la estancia sea de muchos años; asímismo, la esquizofrenia a pesar de la presencia de algún tipo de deterioro ofrece mayores posibilidades de egreso en comparación con otras enfermedades. El desempeño de alguna actividad ocupacional favorecería una mejor aceptación o incorporación a la familia y a la comunidad.

El abandono y la ausencia familiar no serían factores que definitivamente imposibiliten la desinstitucionalización pudiendo modificarse la situación con el estudio más acucioso de los casos. El bajo nivel económico y la indigencia serían variables limitantes pero no excluyentes.

El antecedente de internamientos previos podría permitirnos anticipar la posibilidad de demanda futura hospitalización.

Para terminar señalaremos que el proceso de desinstitucionalización se acompañe de experiencias que de no ser previstas interfieren en el trabajo del equipo terapéutico y particularmente en el responsable de la jefatura; así pueden movilizarse presiones de otros profesionales, incluso de autoridades que pueden ser sorprendidas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Concluiremos en que la desinstitucionalización es un proceso dinámico que incluye diversos componentes o fuerzas predecibles, posibiliten la reinserción del paciente en la comunidad y por lo tanto es factible de aplicación, en tanto la realidad hospitalaria continúa con establecimientos rígidos, sin imaginación ni capacidad de adaptación.

INDICES HOSPITALIZACION/ALTA

INSTITUTO DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

PAB 9 Dic 86

	No.	% ESQ.	% R. MENT.	% EP
HOSP	63	57%	20%	11%
ALTAS	25	72%	8%	12%

INDICES HOSPITALIZACION/ALTA

INSTITUTO DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

PAB 9 Dic 86

	No.	% DET/ESQ	% ACTV.	% C/FAM	% ST/FM BAJO
HOSP	63	77%	69%	60%	33%
ALTAS	25	72%	76%	80%	40%

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INDICES HOSPITALIZACION/ALTAS

INSTITUTO DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

PAB 9 Dic 86

	No.	X EDAD	X P.
HOSP	63	44.6	12 a.
ALTAS	25	49	14

INDICES HOSPITALIZACION/ALTAS

INSTITUTO DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

PAB 9 Dic 86

	No.	% VISITA	% IND.	% ING. PRV	% REING
HOSP	63	60%	69%	38%	14%
ALTAS	25	80%	48%	52%	24%

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FARMACODEPENDENCIA Y ONGs

Dr. Edgar Miraval Rojas *

El uso, abuso y dependencia de drogas en nuestro país constituye un grave problema sociofamiliar, con enorme incidencia sobre la salud de la población y constituye uno de los más serios problemas, tanto en su prevención, tratamiento, rehabilitación y el manejo de las múltiples dificultades económicas, socioculturales, morales y políticas a que dan origen.

Existen numerosos datos epidemiológicos que señalan la gran magnitud del problema y que continúan en notable incremento en nuestro país.

En nuestro país desde hace décadas (1940) se realizan acciones preventivas y se viene suministrando tratamiento a pacientes alcohólicos en centros psiquiátricos de Lima.

Desde la segunda mitad de la década del 70 se incrementa significativamente el consumo de las sustancias psicoactivas, siendo actualmente las drogas de mayor consumo: alcohol, nicotina, tranquilizantes ingeridos por automedicaciones, PBC, marihuana, clorhidrato de cocaína, inhalables.

La falta de apoyo para el mejor equipamiento de los pocos centros de tratamiento y rehabilitación y la inexistencia de otros a lo largo del país, así como el escaso número de adiccionólogos han determinado que otros especialistas o médicos no psiquiatras, otros grupos profesionales y no profesionales y desde 1986 la presencia de diversas organizaciones no gubernamentales (ONGs) están actuando tanto en la prevención primaria, tratamiento y rehabilitación premunidos de un voluntarismo mesiánico, cuando no de un encubierto y desmedido afán lucrativo sin contar con la adecuada supervisión y control que cautele su idoneidad ética y científica, por lo que es necesario hacer un deslinde conceptual con estas ONGs.

1. El problema de dependencia de drogas es una enfermedad que tiene una etiología multicausal con consecuencias biológicas, psicológicas, ambiental y social, por lo que es necesario enfocar y enfrentar este problema de manera integral, multidisciplinaria o intersectorial asegurando

---

* Jefe del Servicio de Farmacodependencia y Alcoholismo del Pabellón Nº 8 del Instituto Nacional de Salud Mental "Víctor Larco Herrera".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

su continuidad; por lo tanto no es la simple falta de vluntad del paciente o sólo el tratamiento espiritual lo que prima, como lo propugnan algunas ONGs.

2. El manejo de la autopublicidad y el informe incompleto de las ONGs respecto a prevención, tratamiento y rehabilitación, los que necesitan la supervisión y la investigación científica e imparcial de los técnicos profesionales del estado.

3. El monopolio de muchas ONGs de la ayuda financiera internacional, lo cual debe ser redistribuído equitativamente con participación de los programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación del sector salud.

4. Esperanza de muchas ONGs a la población sobre curaciones absolutas de farmacodependientes a cambio de cobros cuantiosos a los familiares, sin tener en cuenta el carácter recidivante y crónico de la enfermedad, por lo que se debiera dar informes honestos y realistas en concordancia a los informes de las evaluaciones de programas a nivel mundial.

5. La mayor parte de ONGs actúan la margen de los aspectos legales del Código Civil, Penal y Código Sanitario, Ley de Drogas y Ordenanzas Municipales, por lo que urge su regularización ya que pocos de ellos actúan de manera formalizada y, por el contrario, tienden a proliferar sin control adecuado.

6. Es necesario reconocer a ONGs honestas que cumplen con sus objetivos sin encubrirlas, para lo cual es necesario sostener coordinaciones con los organismos estatales para realizar acciones conjuntas e integrales en la prevención, tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente.

----- . -----

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

Dr. Edgar Miraval Rojas *

I. EVALUACION DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE Y ALCOHOLISMO

Esta se realiza desde que el paciente llega al programa y durante el tratamiento y rehabilitación y no sólo se circunscribe a la evaluación del paciente sino también de su familia y entorno social.

- El punto de vital importancia es la primera entrevista en la que se llevará a cabo una rápida y completa evaluación del paciente.

- La historia clínica es el instrumento más importante, porque nos permite recoger toda la información del comportamiento adictivo, la historia natural del proceso patológico y a través de ella conoceremos en forma integral todas las variables biológicas, psicológicas y sociales que han intervenido en este complejo desorden y esta historia clíniça puede ser estructurada o semiestructurada. En nuestro servicio contamos con una historia clínica psiquiátrica estructurada con énfasis en la enfermedad actual sobre la historia y evolución del consumo de drogas, composición y estructura y funcionamiento familiar, rasgos de personalidad premórbida e información sobre el entorno social.

- En nuestra práctica en el Hospital Víctor Larco Herrera es importante considerar en la evaluación del paciente farmacodependiente lo siguiente:

  . Procedencia y condición en que llega el paciente al hospital.
  . Actitud del especialista (Médico Psiquiatra)
  . Actitud del paciente en la entrevista.
  . Evaluación y diagnóstico de la familia.
  . Evaluar el entorno social
  . Evaluar la profundidad de la dependencia y tipo de droga.

---

* Jefe del Servicio de Farmacodependencia y Alcoholismo del Pabellón Nº 8 del Instituto Nacional de Salud Mental "Víctor Larco Herrera".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Procedencia y condición en que llegan los pacientes al hospital

Generalmente, los pacientes que llegan al hospital son en condición de rechazo sociofamiliar en su mayoría, otro grupo menor es traído por un solo familiar, generalmente la madre, cuando el hijo es adicto y la esposa o hermano cuando el adicto es el esposo, otro grupo procedente de otros programas de tratamiento, otro grupo con problemas legales a consecuencia del consumo y pocos por su propia voluntad.

Actitud del Terapeuta

El psiquiatra debe evaluar inmediatamente al paciente y para ello es importante la determinación de la presencia de síntomas correspondientes a intoxicación de la presencia de síntomas correspondientes a intoxicación aguda, al síndrome de abastinencia, examen físico y mental que podría determinar el compromiso psicopatológico de los trastornos asociados a la dependencia; asimismo, se adoptará una actitud de firmeza, asociada a una clara seguridad de dirigir la entrevista para evitar la manipulación y los mecsnismos psicológicos defensivos de los pacientes, a fin de obtener una información auténtica y estará dirigido fundamentalmente al manejo de la agresividad, la negación, racionalización y otras actitudes aprendidas en el desarrollo de la dependencia y que será importante no sólo para recibir información sino para el compromiso del paciente en el programa terapéutico.

En esta primera fase del programa, es importante considerar los objetivos fundamentales como:

- Evaluación cínica y determinación diagnóstica correspondiente a través de la historia clínica y criterios de la DSM-IV-R y OMS.

- Poner en claro la situación psicosocial, familiar, estudio, laboral y social en general.

- Dilucidar la capacidad de tratamiento y la disposición para el mismo. Esto implica despertar, reforzar la motivación terapéutica en pacientes y familiares.

- Primeros actos terapéuticos, con el propósito de obtener de momento la abstinencia y tratar las alteraciones psíquicas y somáticas que se plantea, especialmente el Síndrome de Abstinencia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

- Selección de pacientes para los siguientes pasos del tratamiento.

- Deberá evitarse la aplicación de agotadores exámenes psicológicos, lo que podrá dejarse para etapas posteriores, como la Evaluación Psicológica para determinar la personalidad, inteligencia, organicidad, habilidades e interés profesional. Es más importante el conocimiento de la situación actual, motivo de consulta, de las expectativas del paciente y la familia como pasos inicales para la determinación de la estrategia terapéutica.

- Es importante también hacer el Diagnóstico Diferencial: intoxicación por droga, abuso de droga sin dependencia y los diagnósticos asociados al consumo de droga.

Actitud del paciente en la entrevista

Se puede esperar una actitud de reticencia, rechazo y minimización del problema en general. Las verbalizaciones dirigidas a la aceptación de la dependencia y solicitud de ayuda sólo se hallan en usuarios crónicos, ya que los recientes suelen exhibir negativismo y oposicionismo frente a la intervención terapéutica; generalmente, los mecanismos psicológicos aprehendidos por el abusador crónico son:

- Racionalización.- juicios o argumentos falsos para justificar el consumo.
- Negación.- minimización de la existencia de dependencia.
- Autoengaño.- convicción de mantener control sobre la droga cuando lo cierto es lo contrario.

Es importante evaluar el grado de motivación del paciente respecto al tratamiento:

No Motivados.-los que rehusan o evaden las entrevistas y el tratamiento.

Pseudomotivados.- aparentan aceptación pero encubren su rechazo a la ayuda terapéutica.

Ambivalentes.- los que muestran interés y rechazo al tratamiento.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Motivados.- los que mediante su colaboración evidencian deseos de rehabilitarse.

Evaluación y diagnóstico de familia

Esto es básico, ya que en ocasiones un adicto es la resultante, el emergente de un grupo familiar enfermo, por lo tanto es importante el antecedente de la estructura y el ambiente familiar como antecedente de dependencia; asímismo, la presencia del farmacodependiente va a provocar una serie de alteraciones en la interacción y aparente equilibrio familiar.

Paralelamente a la adicción, el entorno familiar experimenta una evolución psíquica que se relaciona con las etapas de la historia natural de la dependencia de drogas; la familia presenta las siguientes etapas de evolución:

- Etapa ciega
- Encubrimiento
- Negación
- Marginación del paciente
- Crisis emocional
- Endosamiento
- Bloqueo cognoscitivo
- terminal: Desorganización
  - Homeostasis patológica
  - Desintegración
  - Ajuste espontáneo

La sobreprotección y el rechazo son los patrones actitudinales más frecuentes en el grupo familiar. Es importante detectar los coadictos de la familia, que generalmente es la esposa cuando el adicto es el esposo o la madre cuando el hijo es el adicto, quienes en su afán de ayudar al paciente toman una actitud de sobreprotección sobre la responsabilidad que asume para solucionar problemas del adicto y a los sentimientos de culpa que emergen cuando intentan no cumplir su rol y tienen como resultado la perpretación de la dependencia.

Evaluación del entorno social

El microcosmos que rodea al paciente tiene como particularidad importante su adscripción al grupo de pertenencia, a su ambiente social y psicológicamente patológico con su especial y distorsionada escala de valores; comprobamos sin duda la intensa perturbación moral y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ética que presupone esa obligada pertenencia al grupo y hasta qué punto hay una verdadera presión psicológica para que el nuevo adicto acepte y comparta esos patológicos esquemas.

Evaluación de la profundidad de la dependencia y tipo de droga que se consume

Aquí es importante tener en consideración las etapas de la dependencia a drogas:

Experimental.- inicio de consumo probando una o varias veces y dejándola después.

Habituacional.- acostumbramiento al uso de droga y la integración a la subcultura de la droga.

Dependencia.
- Incapacidad de controlar y abstenerse
- Antisocial o psicopatización
- Deterioro somático
- Psicosis tóxica.

En pacientes en fase de habituacional o de dependencia incipiente, moderada o esporádica, puede intentarse un tratamiento ambulatorio. Pero, generalmente, cuando está establecida la dependencia con cierta antiguedad y frecuecnia en la dependencia, la regla será la hospitalización.

El estado de intoxicación aguda y crónica, así como el tipo de droga consumida tiene importancia para trazar una estrategia en la terapéutica.

II. DIAGNOSTICOS ASOCIADOS

Existe muy alta correlación entre Patología Mental Neurótica, Afectiva, psicótica, orgánica y personalidad psicopática con la farmacodependencia. Por tanto es válida la conclusión que la mayoría o casi todos los farmacodependientes son el emergente de una importante patología mental.

El drogadependencia es el epifenómeno, la resultante de una grave patología neurótica, si una característica del vivir neurótico es la disconformidad, la dificultad de adaptación vital, el penoso despliegue existencial, en suma la angustia como síntoma cardinal, se comprende que el escape o refugio sea en ocasiones la droga. En nuesta experiencia,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

podemos decir que la mayoría de pacientes drogadependientes son neuróticos, evidenciándose un mayor porcentaje entre los pacientes alcohólicos. Los desórdenes afectivos primarios, tanto mono - como bipolares en dependientes de clorhidrato de cocaína son frecuentes y se benefician con tratamiento con sales de litio. En nuestra experiencia tenemos pocos casos de pacientes adictos a clorhidrato de cocaína y pocos son los casos de desórdenes afectivos que atendemos. En pacientes alcohólicos existe sintomatología depresiva, así como en dependientes de PBC, sobre todo, en usuarios crónicos con características más de apatía y anhedonia.

La casuística expone muchos casos de esquizofrenia consecutiva a una farmacodependencia. Es difícil determinar con exactivud cuál de las dos patologías fue previa y cuál de ellas evidenció la otra. Puede tratarse más de una asociación de dos entidades que desde ya interactúan negativamente, que de una relación causa-efecto. No podemos descontar que la sustancia psicoactiva moviliza las ideas esquizofrénicas en el individuo o que afecta determinados elementos de la personalidad que después de puestos en marcha por acción de la droga adquiere individualidad y determinan por fin una esquizofrenia evolutiva. En nuestra experiencia hemos visto por la historia de enfermedad más casos en que se ha desencadenado la esquizofrenia por consumo de drogas que la asociación misma entre esquizofrenia y drogadependencia; y la asociación más frecuente es entre esquizofrenia más PBC que esquizofrenia más otras sustancias psicoactivas. Asímismo, hemos observado que después de un tratamiento antipsicótico y mejorado dicho cuadro disminuye ostensiblemente la apetencia por la droga y responde adecuadamente al programa de tratamiento y rehabilitación.

Hemos observado también correlación de dependencia a PBC y epilepsia temporal y tipo Gran Mal. En nuestra experiencia, aún habiendo mejorado el cuadro epiléptico la evolución de la dependencia es tórpida, del mal pronóstico y mucho más difícil su incorporación al programa de tratamiento y rehabilitación.

Respecto a los desórdenes de personalidad, podemos considerar que psicopatía y dependencia no se suman, sino que se potencian dando lugar a entidades social y psicológicamente muy patológicas.

Hemos podido observar que los desórdenes sociopáticos secundarios a consumo de PBC son frecuentes, pocos de ellos corresponden a Psicopatía Primaria. Estos desórdenes no hemos visto en dependientes a clorhidrato de cocaína por no atender a este tipo de pacientes; asímismo, no hemos visto la presencia de esta patología en dependencia de alcohol.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

III. TRATAMIENTO

En el Pabellón Nº 8 del Instituto Nacional de Salud Mental "Víctor Larco Herrera" funciona un Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Pacientes Farmacodependientes y Alcohólicos con un enfoque integral y ecléctico, organizado bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica con participación integrada del personal profesional y no profesional, los pacientes y con la participación de los familiares a nivel intra y extramural. Se emplean técnicas cognitivo-conductual, dinámica, sistémica y humanística, teniendo en consideración las fases evolutivas del consumo, edad, estado físico y psicosocial, el programa se ha dividido en 4 fases:

1ra Fase.- Captación, motivación, definición diagnóstica, que se realiza mediante coordinación con instancias hospitalarias y extrahospitalarias y la evaluación en consulta externa, con duración de un mes.

2da Fase.- Desintoxicación. Es necesaria en pacientes que presentan un estado de impregnación tóxica aguda o de larga duración u cuyo objetivo es controlar los marcados síntomas de abstinencia y se lleva a cabo en la Sala 1 del Pabellón Nº8, con duración de un mes.

3ra Fase.- Tratamiento Central. Organizado bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, cuyo objetivo fundamental es romper el proceso de dependencia y tratar de desplegar nuevas formas de vida sin consumo de droga, mediante la organización individual y grupal y con participación de la familia y con duración de tres meses.

En esta fase es importante considerar:

- La remotivación a través de:
  - Psicoterapia Individual
  - Terapia de Grupo Multimodel
  - Terapia Familiar Paralela
  - Terapia Multifamiliar.

- La readaptación mediante actividades ocupacionales, orientación vocacional, formación laboral, actividades artístico-culturales, actividades recreacionales y deportivas.

- Reeducación frente a los hábitos nocivos que llevan a/o son consecuencia del consumo de drogas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

4ta Fase. Reinserción familiar y social. Con duración de un año después que el paciente ha salido de alta de la Comunidad Terapéutica y se estructura un programa en domicilio, en hospital, con asistencia semanal a Terapia de Grupo y Terapia Familiar Paralela y un programa en comunidad mediante Terapia de Rehabilitación Social, tanto en el estudio como en el ámbito ocupacional y/o laboral.

Etapa de Seguimiento. Cuya finalidad es vigilar y mantener los logros obtenidos, así como preservar el funcionamiento saludable del paciente y su familia, mediante consulta quincenal o indirectamente mediante visita domiciliaria, con duración no menor de cinco años.

----- . -----

VALETUDINARIO

M. Ponce

Hace poco, conversando con el Dr. Beltroy, distinguido colega de la Clínica Anglo Americana, al señalarle que se celebraba el centenario del Prof. Honorio Delgado, inmediatamente dio curso a la siguiente anécdota.

En una de las clases magistrales del homenajeado profesor, a las 2 p.m. en punto, se había presentado el caso de una de esas personas que se las valen de los demás para vivir cómodamente, al amparo de una supuesta enfermedad o fragilidad. Llegado el momento en que el profesor interroga, le espeta la siguiente pregunta:

- ¿Insiste Ud. en ser un valetudinario?.

Se produjo un gran silencio, con su respectiva angustia generalizada de todo el auditorio de alumnos y del séquito de médicos y enfermeros que entraron en efervescencia cerebral en pos del significado de tan extrambótica palabra. Si hasta parecía castellana. En vista de la nulidad de resultados por parte del interrogado, el famoso profesor repitió la pregunta y como el vacío verbal de la sala prosiguiera aún más acentuado, comprensivo el dilecto maestro, cambió los términos de su pregunta.

----- . -----

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ANTEPROYECTO DE REORGANIZACION DE CONSULTORIOS EXTERNOS-EMERGENCIA Y PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

Dra. MATILDE GONZALES BALLON *

El trabajo presentado es parte del Proyecto de la Comisión Reorganizadora del Hospital "Víctor Larco Herrera" que preside el Dr. Jorge OYARCE y el Dr. Santos WARTHON a quien quiero agradecer ya que a los médicos psiquiatras nos dieron una esperanza para crecer y ser nosotros.

Aún me gustaría ser lo más clara posible para que se lleven la idea central del trabajo que el grupo concibió en la organización, funcionamiento y política de Consultorios Externos-Emergencia y Psiquiatría del Niño y adolescente.

El equipo multidisciplinario al cual le tocó realizar este Anteproyecto, designado mediante la RD 007 del 17 de febrero de 1992, el cual trabajó no sin problemas, pero si con mucha entrega, mucho cariño y profesionalismo, donde todas las decisiones fueron hechas por concenso.

DEFINICION DE SALUD

Para nosotros, Salud Mental era parte de la Salud Integral y consistía en el equilibrio de diferentes sistemas cuyo centro es el individuo que lo concebimos como un ser pensante, que siente y actúa, que sueña, se apasiona, ama y gana experiencia a través del tiempo. Este individuo es parte de una familia nuclear y/o ampliada que a su vez tiene características individuales; esta familia a su vez, es parte de algo inmediato y fuera de ella, que es la escuela, el vecindario, los amigos, las diversiones, etc. Esto a su vez es parte y depende de otros sistemas más grandes y complejos que los envuelve y los sostiene, aquí están: el trabajo, los servicios del estado, la religión, la cultura, etc, siendo los pilares principales para el funcionamiento, la economía y la política.

Cada uno de estos sistemas tiene un desarrollo propio e independiente, sin embargo, unos se apoyan en los otros y hay influencia directa entre ellos.

---

* Médico Psiquiatra del Hospital "Víctor Larco Herrera", Coordinadora del Anteproyecto de Reorganización de Consulta Externa, Emergencia y Psiquiatría del Niño y Adolescente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuando se desequilibra cualesquiera de estos sistemas puede tener influencia directa en el individuo y alterar su salud física o mental y es allí que sale a relucir la demanda de atención; esta demanda puede ser pedida por cualesquiera de los sistemas, habiendo 2 tipos de demanda: una explícita y otra implícita (la que se pide y la real).

DEFINICION DEL TRABAJO MEDICO

Para cubrir esta demanda, el estado tiene entidades como este hospital, que por ser hospital nivel IV, altamente especializado el eje principal de funcionamiento es el trabajo médico psiquiátrico con órganos y sistemas de apoyo profesional y no profesional, cada uno de los cuales con desarrollo propio e independiente. Creemos que es importante destacar que la calidad de servicio que se presente dependerá directamente del poder de integración de estos subsistemas, que como en un tablero de ajedrez hay una jerarquía definida y cada pieza tiene su propio movimiento independiente del resto y que del trabajo de todas las fichas dependen la posibilidad de ganar la batalla o la enfermedad mental y a la miseria que ésta acompaña.

LINEAMIENTO GENERALES

Para facilitar la realización del trabajo se hizo un diagrama funcional general donde se esquematizan las 3 unidades o servicios independientes, entre sí y partes de un todo que serviría como único puerte de ingreso al resto de servicios y/o unidades que brinde el hospital; estos son: Consulta Externa, Emergencia y Psiquiatría del Niño y Adolescente.

El paciente ingresa, se informa y pide atención, lo cual puede realizarse previo triaje en C. Externa y en Psiquiatría del Niño y el Adolescente. El ingreso a Emergencia es de frente, sin triaje, si el paciente lo requiere; se podrá permanecer en la Sala de Observación de 24 a 72 horas, esperando su mejora y alta a su paso a Junta de Admisión, para su hospitalización. Los sitios de salida o pase de un servicio a otro se dan en triaje, Consulta Externa, atención de Emergencia y/o Sala de Observación.

CONSULTORIOS EXTERNOS

Consultorios Externos lo hemos pensado como un sistema independiente con jefatura propia, la cual planificará, organizará, dirigirá y coordinará las actividades de los 5 programas y 7 Unidades que conforman la Consulta Externa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estaría ubicada en el ex-pabellón Nro. 1 modificado, donde en aproximadamente 3550 m2 de área construída, dará trabajo para 119 trabajadores del hospital, cómodamente situados en un lugar digno de trabajo. La distribución de ambientes está diseñado de acuerdo al flujograma donde en el ala anterior se distribuye la recepción estadística, casa triaje, jefatura y junta de admisión; en el ala derecha, los programas de Consulta Médica no psiquiátrica, el laboratorio, UTEC, Programas de Terapias Psicológicos; en el ala izquierda las unidades de S.S. y Psicología y la Unidad de Seguimiento, en el ala posterior 17 consultorios Psiquiátricos eje del sistema y el consultorio de Neurología. Además existe una cafetería, sala de reuniones, cámara de gesell y de comando de T.V.

El Programa de Consulta Externa, Psiquiátrica atenderá a pacientes de ambos sexos de 18 a más años que sean protadores de trastornos mentales y del comportamiento catalizador en el capítulo V (F) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIETO), buscando dar un tratamiento integral y promoviendo la salud mental en el paciente, la familia y la comunidad, basándose y promoviendo la investigación.

El Programa de Consultorios Externos no Psiquiátricos resolverá las interconsultas de la especialidad intra o extra hospitalaria para diagnóstico, tratamiento y pronóstico y realizará proyectos de investigación.

Los 3 programas de Terapia: Psicoterapia Individual y Grupal, Terapia de Modificación de la Conducta y Terapia de Pareja y Familia, llevarán a cabo el diagnóstico y tratamiento especializado en el paciente y/o su familia que el psiquiatra solicita. Controlará y evaluará los subprogramas de la especialidad que se realicen en las otras unidades o servicios del hospital y serán centros de referencia para Investigación, Docencia, Capacitación y Uso del material docente de la especialidad en el hospital.

La Unidad de Terapia electroconvulsiva proveerá al médico psiquiatra de Consultorio Externo los recursos necesarios para la terapia electroconvulsiva de su paciente programado y que cumpla ciertos requisitos y dará los cuidados necesarios hasta la recuperación de éste.

La Unidad de Seguimiento está concebida para seguir al paciente con riesgo de abandono del tratamiento para su rastreo y control, establecerá redes de soporte familiar, social del M. de S. del gobierno local y estatal y de las entidades no gubernamentales a fin de apoyar y orientar al paciente en la búsqueda de su salud mental.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Unidad de Laboratorio brindará atención a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de Emergencia del hospital y de otros centros periféricos, a solicitud del médico tratante a fin de extraer, recuperar y procesar las muestras y emitir luego los resultados.

La Unidad de Odontología brindará atención en la especialidad a los pacientes ambulatorios, hospitalizados y de Emergencia del hospital o derivados y dará atención al personal del hospital y sus familiares directos y elaborará las fichas Odontológicas.

EMERGENCIA

Emergencia se concibió basándose en el Proyecto del Dr. Grover Mori que se logró implementar en el hospital con personal adiestrado. Al igual que Consultorios Externos, sería un sistema independiente y autónomo, con una Jefatura que se encargaría de dirigir las acciones de atención centradas en el paciente en estado de emergencia, la de su familia y los miembros de su comunidad, supervisando el desarrollo del trabajo y los programas de atención y fomentando la investigación. Sería el encagado de realizar el rol de Guardias Médicas.

Se espera que se desarrollen sus programas durante las 24 horas del día, con un equipo multidisciplinario fijo que trabajaría en los horarios convencionales y equipos de guardia el resto del día con las mismas funciones.

El personal de Enfermería sería el único inamovible.

Emergencia brindará atención psiquiátrica a pacientes de ambos sexos en situación de emergencia definida como crisis sociales, homicidio, suicidio, intoxicación como el alcohol, trastornos de ideas delirantes y agitación psicomotriz, dando un tratamiento integral con un máximo de permanencia en el servicio de 24-72 horas en la Sala de Observación en espera del alta o de su presentación a la Junta de Admisión.

El Programa de línea Abierta dará atención adecuada a través de la línea telefónica a quien solicite el servicio para orientación de tratamiento inmediato y derivación a centros especializados.

Todo paciente que requiere atención será recibido y registrado por Enfermería la cual determinará el paso siguiente; en caso necesario, Servicio Social se hará cargo de la familia y/o acompañante, previendo casos de abandono.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se dará atención psiquiátrica con apoyo del Servicio Social y/o Enfermería, derivando al paciente a Consulta Externa o ingresándolo a la Sala de Observación donde será evaluado cada 8 horas para determinar su alta o su pase a Junta de Admisión o la modificación de tratamiento.

PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

El grupo que realizó el Anteproyecto de Psiquiatría del Niño y del Adolescente estableció que funcionaría en el actual Consultorios Externos modificado las funciones generales del Programa de Consulta Externa Psiquiátrica de Niños y Adolescentes, brindar atención y diagnosticando de acuerdo al ICEIO, brindando atención integral, promover la salud mental del paciente, su familia y la comunidad.

El programa de Consulta Pediátrica resuelve las interconsultas en Pediatría para diagnóstico, tratamiento y pronóstico y deriva la interconsulta a los otros médicos no psiquiatras, cuando el caso lo requiera.

El Programa de Emergencia brindará atención Psiquiátrica a pacientes de 0 a 18 años en situación de emergencia, utilizando el ambiente físico del servicio o unidad en horarios de atención; esta atención será para pacientes problemas de comportamiento, trastornos mentales catalogados en el capítulo V(F) de la 10 clasificación de enfermedades brindando una atención integral.

Es importante destacar que los Programas de Psicoterapia Individual y de grupo Terapia de Modificación de Conducta y Terapia Familiar y de Pareja, cada uno tendrá un Subprograma como subespecialización al igual que el Consultorio de Rehabilitación física de Lenguaje y de problemas de aprendizaje que serían Programas de Rehabilitación.

La Unidad de Seguimiento tendría una Asistenta Social dedicada al subprograma de seguimiento de Niños y Adolescentes.

----- . -----

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOBRE RECEPTORES Y RECEPTORES DOPAMINERGICOS
Revisión Bibliográfica

Dr. SILVER SENDER CATERIANO

Art. Nº· 2

En un principio quizás la organización bilógica consideró como base la formación de membranas, las cuales llevarian a la separación de compartimientos entre sí y del medio externo y estos compartimientos, asimismo, tendrían una composición característica y cada vez más compleja o notoriamente distinta del contiguo. En virtud de su disposición ordenada y repetitiva, los sistemas de multimembranas están dotados de la propiedad de convertir, transferir o almacenar energía e información. Así, la realización de un proceso bioquímico que requiere cierta organización espacial o temporal suele conseguirse mediante una distribución determinada de las moléculas participantes sobre una membrana.

La membrana celular nació como concepto funcional al ser postulada en 1877 (Pfeffer) y en 1905 Langley dio a conocer al concepto de que la mayor parte de los medicamentos, hormonas y neurotransmisores producen sus efectos biológicos al interactuar con sustancias receptoras en las células. El estudio contínuo de la estructura y función celular han permitido desarrollar este concepto, que ha sido apoyado en los últimos años por el aislamiento de sustancias macromoleculares que cumplen con todos los requisitos para ser receptores.

Hacia finales de los años sesenta, antes de su aislamiento, se describieron en función de la estereo-química de los ligandos naturales o farmacológicos que interaccionaban con ellas. Dos grupos de trabajadores, en forma independiente demostraron la interacción específica (fijación) con lugares receptores de membrana de sustancias marcadas isotópicamente con I_{125} (hormonas adrenocorticortropa y angiotensina).

Este estudio fue extendiéndose en años sucesivos a otras hormonas y a los receptores colinérgicos de naturaleza nicotínica. Es más, conforme aumentan los avances tecnológicos en la producción de radioligandos específicos, la producción de anticuerpos monoclonales y sobre el DNA recombinante, se tiene a la mano mejores medios para determinar la estructura del receptor y aislar RNA mensajero para producir receptores específicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Si bien la mayoría de los receptores se supone se encuentran en la membrana celular en la cual pueden ser de carácter proteico, glucoproteico y glucolipoproteico (adrenérgicos, colinérgicos, opiáceos, etc.), tambien los hay en el Citosol y son proteicos (receptores de moléculas esteroides, hormona sexual, corticoides) como en el núcleo y también son proteicos (receptor de triodotironina). La macromolécula del receptor puede estar formada por varias subunidades, íntimamente correlacionadas, que poseen funciones especializadas. En los receptores de membrana, muy abundantes en el sistema nervioso central una de las subunidades tiene función receptiva mientras que otra u otras tienen función efectora responsable de la iniciación de sucesivas etapas que terminan induciendo el efecto biológico (Ionóforo, sistema, enzimático.

En las últimas décadas al desarrollo de sustancias que actúan con ligandos específicos, Naloxona y neurlépticos asociados a radio-isótopos, han permitido un mayor conocimiento de estas macromoléculas.

La importancia que actualmente se da a la investigación de los receptores dopaminégicos permite ampliarme en este tema. Los receptores dopaminérgicos fueron inicialmente descritos a mediados de la década del 70, estos están en todo el cerebro, pero mayormente localizados en el núcleo caudado, putamen, región mesolímbica dopaminérgica y sustancia negra. Luego de los reportes iniciales, hubo controversia sobre la clasificación de estos lugares: Kebabian y Calne - identificaron dos tipos de receptores dopaminérgicos D_1 y D_2.

Esta clasificación se basó en los efectos mediados por la dopamina sobre la enzima adenilcilasa que es activada por estimulación D_1 e inhibida por estimulación D_2, se han identificado asimismo otros subtipos D_3 y D_4 apreciándose pues que poseían diferentes estados de afinidad. Se piensa ahora que cada receptor tiene un alto o bajo estado de afinidad, con diferente sensibilidad a la dopamina.

El rol de los receptores D_1 en la función del sistema nervioso extra-piramidal en cualquier estado de salud o enfermedad no es completamente conocido. Ha sido hipotetizado que la estimulación D_1 puede en alguna forma facilitar en el estriado humano, la mayor afinidad por la dopamina, principalmente D_2 sugiere un activo rol de estos sitios.

Los receptores D_2 se piensa los lugares de acción mayor de las drogras antiparkinsonianas. Los receptores D_1 son postsinápticos y están localizados sobre las interneuronas no colinérgicas del estriado. Los receptores D_2 también, pero

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

además se les encuentran en las terminales presinápticas de las neuronas que contiene glutamato de origen cortical. Otros receptores de D_2 son autoreceptores que son parte de la proyección nigroestriada.

Se ha intentado en los últimos cinco años, aislar estos receptores dopaminicos. Las estrategias iniciales para obtener purificado la proteina receptor fueron largamente inútiles. Más recientemente los avances en la biologia molecular han permitido la clonación de los lugares D_2 y D_1 - estas técnicas han permitido la identificación de sitios D_3 que se localizar preferentemente en la región Mesolimbica. Estudios adicionales han encontrado otro receptor semejante a D_2 llamándosele D_4 que tiene selectivo enlace para el neuroléptico atipico Clozapine. Otro receptor separado D_5, ha sido caracterizado, farmacológicamente similar a D_1, pero tiene mayor afinidad por la dopamina.

En el estudio de receptores dopaminérgicos en vivo se usan combinaciones de sustancias radioactivas en PET (tomografia por emisión positrónica), las cuales son agonistas o antagonistas, dependiendo del estado de afinidad buscado. Los neurolépticos (antagonistas) en boga son el Raclopride y los análogos de espiperone usados en las últimas investigaciones de estas macromoléculas.

BIBLIOGRAFIA

Coreijido, M., Rotuno, C.
Introducción al estudio de las membranas biológicas, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1966.

Singer, S.J. and G.L. Nicolson
The Fluid Mosaic Model of the estructure of cell membranes. Science 175, 720, 1972.

Baster J.D. y Funder J.W.
Hormone Receptor. New England J. Med 301, 1.149 - 1.616, 1979).

Kebabian J.W. Calne DB
Multiple Receptor for dopamine. Nature 1227: 93, 1980

Rechesa, Wagner H.,
Chronis levodopa or Pergolide administration Induces down regulation of dopamine receptors in denervated striatum. Neurology 34: 1208, 1984.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SwartJAA, Korf J
In vivo dopamine receptor assessement for clinical studies using posittron emission Tomography. Biochem Pharmacol 36: 2241, 1987

Susahara R.K., Guan HC O Down BF, et al
Cloning fo the gens for a human dopamine D_3 Receptor. Nature 350: 614, 1991.

SokoloffP, and Cols
Molecular cloning and characterization of a nobel dopamine receptor D_3 as a target for neurolépticos.
Nature 347: 146, 1990.

Van tel HHM, Bunzow JR, Guan H-C
Cloning of de gene for a human dopamine D_4 receptor with high affinity for the antipsychotics clozapine 350: 610, 1991.

----- . -----

. . . RECUERDOS DEL HOSPITAL

M. Ponce

Hace poco visité el hospital y observaba con nostalgia a dos o tres personas, separadamente, que se adentraban en el hospital, al parecer por primera vez. Volteaban la cabeza a uno y otro lado, miraban a todo ser humano que apareciera en su horizonte con esa ancestral duda de si será también un paciente. En tantos años de transitar por el hospital uno ya distingue a los que son visita y a los alojados. Más difícil es distinguir a los miembros del personal.

En el corto trayecto que hice pasaron dos automotores, uno de ellos un pequeño camión pero ambos raudos, casi desbocados, y tras ellos se levantó una nube de polvo, nunca antes tan enorme. Creo que es lo que más crece, en la actuialidad, en los "jardines" del hospital. Me llevó a recordar como, hace un tiempo, toda visita se llevaba la experiencia del impacto de esos jardines que escondían, entre la frondosidad de sus árboles y rotondas, la paz que brinda la naturaleza. Pero esta vez, estas visitas, estoy seguro que se llevaron en sus pulmones, un recuerdo imperecedero del hospital, la enajenación pulverizada.

----- . -----

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONTROL DE LA NATALIDAD: REFLEXIONES

Dr. Percy Frisié de la Peña

El crecimiento de la población es una función de la prevalencia de anticoncepción, frecuencia de aborto, distribución de edad de la población, eficacia en el uso de la anticoncepción y mortalidad neonatal e infantil.

La experiencia a nivel mundial indica que es esencial la amplia disponibilidad del aborto para que los programas de control del crecimiento de la población tenga buen éxito.

Para evitar un mundo en que se deteriore la estabilidad social, económica y política se debe procurar un efectivo control del crecimiento de la población; de hecho el crecimiento desenfrenado de la población es una amenaza aún más peligrosa y sutil para el mundo que la guerra termonuclear, pues está sujeta intrínsecamente a menos medidas de seguridad y es menos susceptible a un control organizado. Para el año 2000 se vislumbran serias tensiones relacionadas con la población, los recursos y el ambiente.

Esta amenaza grave de la seguridad no recibe la atención y respuesta que merece por una razón importante: la Iglesia Católica se opone a las medidas principales de control del crecimiento demográfico (anticonceptivos, abortos).

El índice de crecimiento mundial actual es 1.8% (duplicación en 39 años), si el crecimiento continúa en tal magnitud en el próximo decenio el mundo será mucho menos seguro que hoy.

Los planes subdesarrollados que deseen mantener sus índices de crecimiento en niveles inferiores a 1%, requieren basarse más en el aborto, por lo regular a un índice mayor de 500 abortos por 1000 nacidos vivos.

Realmente pues, el crecimiento de la población mundial es un tema grave para la seguridad nacional de todos los países y esencialmente para el sistema político económico dominante; el bienestar de las grandes potencias depende pues de un control demográfico acertado de la población mundial, hoy nos dan gratuitamente insumos y entrenamiento para el uso de anticonceptivos, exigen a corto plazo eliminar la influencia de la Iglesia Católica, como primer paso deben retirar de la Constitución que la religión oficial es la Católica; al oponerse al control efectivo del crecimiento poblacional es una amenaza grave para la seguridad mundial (entiéndase "seguridad de las superpotencias"). y a mediano plazo dar más facilidades para acceder al aborto a toda la población, inclusive subvencionando los costos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Conociendo la naturaleza humana, su comportamiento a través de la historia, no dudemos pues si en las próximas dos décadas no se ha logrado un buen control demográfico con estas medidas, las superpotencias para mantener el sistema económico que las sustenta no vacilarán en usar la fuerza con su secuela de muerte y destrucción, ejemplos sobran en la historia del Homo Sapiens.

¿Qué hacer frente a esta perspectiva?. Queda la respuesta en cada uno de ustedes amigos lectores y perdonen aquellos que al conocer esta realidad hayan puesto en juicio su comportamiento actual.

----- . -----

EL PELIGRO DE PINCHAZOS CON AGUJAS DE INYECCIONES

Dr. Próspero Otárola (Psiquiatra) y Vilma Vilchez (Enfermera)

Entre el 25 y el 80% de practicantes, enfermeros y médicos se pinchan al poner inyecciones, a lo largo de sus primeros 6 a 12 meses en el lugar de trabajo. En un hospital general y durante el periodo de un año, el 8% del total de empleados se pincharon alguna vez con una aguja de inyecciones (1). El riesgo es mayor al tratar a pacientes con trastornos mentales, aún más con agitados.

Hay más de 20 gérmenes patógenos que pueden ser trasmitidos por estos pinchazos. Los más preocupados son el virus del Sida (VIH) y de la hepatitis B (VHB). El riesgo de la trasmisión del VIH es de 1 por cada 200 pinchazos y para el VHB de 3-18 por 100 (2). El volumen mínimo de sangre (inóculo) para contaminarse con VIH es 0.1 ml y para VHB es 0.00004 ml.

La tercera parte de los pinchazos ocurre al colocar el capuchón a las agujas ya utilizadas; por esta razón, tanto en los EEUU como en el Reino Unido, aconsejan no volver a cubrirlas. Sin embargo, esta práctica aumenta la posibilidad de que se pinchen terceras personas como las de limpieza.

Es indispensable que se use siempre material descartable y sistemas de desecho seguros y en el mismo lugar. La prevención efectiva pasa por el interés y el compromiso en todo el personal para disminuir el número de víctimas inocentes, como la enfermera de un hospital de Lima, quien falleció con sida, 5 años después de haber sufrido un piquete con la aguja de inyección que se había aplicado a un paciente. No es posible eliminar esta contingencia, pero se puede reducir en un 50%

Es necesario que toda persona del Instituto reciba algún pinchazo durante la atención de un paciente sospechoso, sea atendido oportunamente, de preferencia en un servicio centralizado, que deberá también hacer el seguimiento que se requiere. No debemos subestimar la morbilidad psiquiátrica secundaria a esta eventualidad.

REFERENCIAS:

(1) The Lancet 1992: 643-644

(2) Schroder, Krupp, et al : Diagnosis and Treatment, 1993

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SALARIO PARA EL DESARROLLO

Dr. Humberto Ramírez Arroyo *

Los medicos nos vemos precisados a incursionar a un cmapo no vedado, pero sí por nuestro permanente contacto con el sufrimiento de nuestro pueblo, cada vez con más incertidumbre, con más hambre, con más enfermedad, con más vacíos educativos-culturales en nuestro jóvenes. Sin ir muy lejos, en nuestro INSM "Víctor Larco Herrera" tenemos un alto porcentaje de enfermos mentales con TBC, pero lo que sí es alarmante que suceda con los trabajadores de este instituto, siendo extensivo a sus familiares, llegandose a lo infame que los trabajadores se muieran de dicha enfermedad social, porque mensualmente llevan el salario de la miseria. Situación que lo vemos a diario en la consulta, en la cama del paciente y también lo vivimos en nuestro hogar, en el maltrato secular a nuestra persona, nuestra profesión, a nuestros familiares en el esfuerzo cotidiano de calir.

Las desigualdades de nuestra sociedad, por un lado la opulencia, por el otro elhambre y la miseria. Hechos injustos que subsidian cada vez más a los más ricos, porque la desigualdad de oportunidades, así lo demandan cada vez con más insistencia en su mecanismo de la dinámica de la distribución.

Sin un afán de análisis histórico, social, económico, epro si no podemos dejar de marcar a fuego que en América Latina vive más de 20 millones de niños en completo abandono. Nos hemos pereguntado cuántos hay en el Perú y a qué se debe.

Indudablemente, América Latina en una crisis económica, con un panorama internacional en deterioro por la imposición de modelos basados en la "economía de mercado" (liberalismo brutal que nuestro libertados Simón Bolívar lo combatió el siglo pasado), ajenos a nuestro crecimiento y desarrollo. en contra del camino de la independencia política y económica. Que agrava más los problemas sociales. De ahí que América Latina no produce desde el punto de vista técnico científico, la proyección de información, de artículos, estudios, esta concentrado en pocos países: Argentina, Brasil, Cuba, Chile y México. América Latina no cuenta con una infraestructura de producción técnico científico por lo anteriormente esbozado y que cada vez más va en disminución, porque los pequeños gastos de investigación de desarrollo se van desregulando con la privatización y la contracción del aparato estatal.

En nuestro Perú, hemos asistido y asistimos a diferentes conducciones en los asuntos económico, algunos y otros aparentemente contradictorios. alternando recetas de control,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

liberación, restricción, moralización, pragmatismo, ... situaciones que se vende hasta nuestra nacionalidad por unos cuantos dólares, que pueden ser comprado para blanquear la criminalidad, se desconoce la estabilidad laboral al amparo de proteger las posibles inversiones, ...

A tres años, no hay inversión, porque no existe una política industrial, al revés se desactiva lo existente, con laconsiguiente desocupación y el decrecimiento salarial.

Repetimos, existe un vacío de política industrial y financiera todo está dirigido al pago de la deuda externa, declinan el mercado interno con todas sus consecuencias,a sí no se levantará un pueblo desnutrido, enfermo y sin alcances educativo-culturales.

Si existe un proyecto de cambio, de salvación o como se llame, no debe sustentarse en la falta de consumo. Sin reglas de juego, con una anarqía económica, sin la dinámica de consumo no puede haber inversión, salvo que se quiera elitizar más en material de distribución de renta, lo que lleva más a la recesión porque paraliza las funciones fundamentales de crecimiento.

Nuestro país cuenta con una capa media enrarecida y empobrecida, por ello, necesitamos con carácter de urgente una política de ingreso suficiente, lo que implica defender el salario hacia una equitativa remuneración. El objetivo central de toda economía es el crecimiento del aparato productivo, el desarrollocuali-cuantitativo de la producción de bienes y servicios y una mejor distribución para avanzar desde el punto de vista educativo-cultural de nuestra población, creando condiciones de mejores oportunidades, generalizando el bienestar de nuestro pueblo.

Las imposiciones de la Carta de Intención del FMI que no la conocemos pero por los hechos, es recesivo, dependiente, como lo ha sido siempre. Necesitamos nuestro propio desarrollo. Sólo escuchamos y verficamos como principales metas un determinado déficit presupuestal, tanto de reserva internacional, presión tributaria, tanto de tasa de inflación, recesión, inflación-recesión ... política del ping-pong, solo comprobamos durante décadas el mismo disco, no hay tal cambio, sólo recortes y recortes de nuestros derechos.

-----.-----

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NO A LA A F P

Hace poco más de un siglo nos invadieron y mutilaron nuestro territorio en el Sur. Parece que hoy han olvidado los políticos de turno, hasta hace pocos meses del "espacio vital" del Sr. Augusto Pinochet Ugarte y su neoliberalismo. Entre las acciones y engendros que nos quieren vender, son las AFP chilenas, donde tampoco es éxito.

Pero, detengámonos en algunas precisiones: En Chile jamás hubo Seguridad Social, sólo habían cajas tipo mutuales, dirigidos gremialmente por los sindicatos. Aquí nuestros padres luchron por la Seguridad Social, no ha sido una dádiva, ni bondad gubernamental ni patronal. Debe considerarse una catástrofe nacional el dejar en el abandono a más de 350 mil pensionistas con la implantación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) que, a partir del 1 de julio de 1993, entrarían a operar de acuerdo al Decreto Ley. La Seguridad Social es de los trabajadores que han aportado casi 60 años. Los gobiernos de turno, sin excepción, lo han considerado un botín, por lo que deben más de 12 mil millones de dólares. Deben honrar la deuda, pagando como lo hace con la banca internacional llámese FMI, BM, deuda que es impagable por sumarse intereses de intereses sobre el préstamo, lo que hace imposible pagar.

No honrar a nuestro mayores es traición a varias generaciones de peruanos, el Estado debe pagar su deuda al IPSS y permitan a los ancianos a sobrevivir con decoro y no como algunos llegan al suicidio por la miseria desesperante que los agobia.

ESta última afirmación puede tomarse como visceral, pero como ejemplo de trascendencia no anecdótica lo hacemos llegar: el Capitán General, Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile, Don Augusto Pinochet Ugarte y Presidente en ese entonces, dispuso por Decreto en 1980 que se formara una Comisión Especial compuesta por generales y elaborara un Reglamento para la aplicación de las AAFFPP, con sesenta días de plazo para que las FFAA y CArabineros de Chile se acogieran a las AFP. Hasta la fecha, 5 de abril de 1993, no han emitido dicho reglamento y tampoco se les ha implantado sus "beneficios" a ninguna AFP, pero sí han declarado que sería una traición. Preguntamos: ¿Será privilegio de casta?. Aquí, qué garantía tenemos para nuestras pensiones, serán los ejemplos de Refisa, Cooperativas de Ahorros, Mutuales, CCC, Banco Comercial, de Fomento Minero, Agrario, Hipotecario, etc.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Como corolario de estas informaciones parece también que han olvidado que el "Milagro Chileno" es después de la agresión a la Argentina (Abril de 1982) en defensa de sus Islas Malvinas. En compensación, porque su territorio sirvió como base de agresión. Su economía está basada fundamentalmente en las industrias bélicas, lo que demuestra una intencionalidad expansionista apoyado por las grandes potencias generadoras de conflictos internacionales.

SALARIO PARA LA REACTIVACION

SALARIO MINIMO VITAL Y MOVIL

Consta de factores como su denominación misma lo caraterizan, lo mínimo para vivir, tomando en cuenta el costo de la alimentación, vivienda, higiena, varios, trasporte, vestimenta, sin considerar a otros factores para la superación integral que tiene derecho el ser humano.

Lo consignado no es caprichoso, es real, es el gasto de una familia constituida por esposo que trabaja, esposa que no trabaja asalariada, dos niños menores, no escolares, haciendo la salvedad que la familia tipo es de cuatro hijos, promedio en nuestro país.

La alimentación calculada es más o menos calorías 1600 a 200 promedio diario por pesona, haciendo la salvedad que hay trabajadores que necesitan de 3000 a 4000. Tomamos esta cantidad teniendo en cuenta los bajos salarios a la mayoría de la población y la necesidad de los niños menores de 6 años.

En vivienda es un cálculo anual repartido entre 365 días el ejemplo que ponemos es del varón o esposo al igual que cuando un joven se integra al Servicio Militar Obligatorio, los costos del varón, esposa e hijos se hacen de acuerdo a costo de venta informal que es lo mayoritario.

Posiblemente, este aproximado causará en algunos exclamaciones de no ser exactos por el costo inflacionario que va dejando astrás los precios. Pero lo importante de nuestra contribución es dejar sentado un salario para salir de la reseción dando posibilidades al mercado interno y no a la inflación. No queremos la calcutización ni la degradación humana, por ello levantamos este Salario Mínimo Vital y Móvil.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ABRIL 5 DE 1993

SALARIO MINIMO VITAL Y MOVIL

Matrimonio: con 2 hijos menores, no escolares

ALIMENTACION

1 Kg de res/pescado y/o pollo, promedio	5.00
1 tarro de leche	1.25
1/2 kg de papa	0.40
1/2 kg de arroz	0.60
Té o café (1/4 kg semanal)	2.00
1/2 Kg de azúcar	0.60
10 panes	0.80
Especería, sal cominos, ajo	1.00
Aceite 1 lt por semana 2.500	0.35
Fruta: 1 mano de plátano	0.40
1/2 Kg de menestra	1.20
Mantequilla o queso, 1 Kg semanal Costo prom 7.00	1.00
1 Lt kerosene	1.80
Verduras: tomate, cebolla, apio	1.50
	17.99

VIVIENDA

Alquiler S/. 150.00 mensual	5.00
Luz promedio-arbitrios, baja policía 20%-15.00	0.50
Agua mínimo S/. 9.00	0.30
Muebles, enseres y mantenimiento S/. 730 anual	5.80
Mantenimiento	2.00
	7.80

HIGIENE

Jabón de tocador, 2 semanal c/u 0.50 - 1.00	0.14
1 dentrífico familiar S/. 1.50 - 15 días	0.10
1 Champú de cabellera S/. 3.00 c/15 días	0.20
Detergente 1/2 kg semanal S/. 2.00	0.30
Escoba (duración 3 meses) S/. 6.00	0.06
Papel higiénico, 4 rollos, semanal S/. 2.00	0.28
Cepillo de dientes (4) durac: 3 meses, costo S/.4.00	0.04
Escobilla de lavar ropa (duración 3 meses) S/. 3.00	0.03
Pasta de calzado 1 caja mediana 0.60	0.04
Peluquería padre e hijo, 2 cortes al mes c/u 6.00 - 12.00	0.04
	1.59

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VARIOS

Diario S/. 0.80 6 días+1.00-5.80	0.82
Revista semanal S/. 3.00	0.42
Pasaje 4: viajes al día S/.0.04	1.60
Prevención de cualquier eventualidad (medicina, etc.) S/. 3.00	3.00
	5.84

VESTUARIO

ESPOSO

2 ternos al año: 1 invierno y 1 verano, c/u 120.00	0.65
4 camisas 1 año, S/. 15.00 c/u (anual)	0.16
2 pares de zapatos c/u S/. 40 (anual)	0.22
6 juegos de ropa interior, S/. 5.00 (anual)	0.08
6 pares de calcetines S/. 1.00 c/u + 6 pañuelos c/u S/. 0.50 anual	0.02
2 pantalones de fagina tipo jean 25 c/u (anual)	0.13
1 chompa y/o casaca S/. 30.00 (anual)	0.08
2 corbatas S/. 5.00 c/u (anual)	0.02
2 pijamas S/. 15.00 c/u	0.08
1 frazada de 2 plazas, costo S/. 30.00 (3 años)	0.02
3 sábanas, costo S/. 15.00 (anual)	0.12
2 toallas S/. 5.00 c/u	0.12
	1.60

ESPOSA

4 vestidos: 2 de invierno, 2 de verano (anual)	0.49
3 pares de zapatos, S/. 30.00 c/u (anual)	0.24
Ropa interior: 3 fustanes S/. 5.00 c/u	0.04
3 sostenes S/. 5.00 c/u	0.04
6 truzas S/. 5.00 c/u	0.08
2 faldas de fajina S/. 15.00 c/u (anual)	0.08
6 pares de medias, S/. 2.00 c/u (anual)	0.03
12 paqts de protección interna S/. 12.00 c/u (anual)	0.06
1 chompa o casaca S/. 30.00	0.08
3 sábanas c/u S/. 15.00	0.12
1 frazada costo S/. 30.00 (3 años)	0.02
2 toallas costo S/. 5.00 c/u (anual)	0.02
1 colchón de 2 plazas S/. 30.00 (5 años)	0.01
	1.31

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NIÑO

4 vestidos, 2 invierno S/. 20.00 c/u 2 verano S/. 15.00 c/u (anual	0.19
2 pantalones de fajina S/. 15.00 c/u	0.08
2 pares de zapatos S/. 20.00 c/u	0.10
6 juegos ropa interior S/. 2.00 c/u	0.03
6 pares de media a S/. 1.00 c/u	0.01
2 chompas o casacas S/. 15.00 c/u	0.08
2 camisas a S/. 10.00 c/u	0.05
2 pijamas a S/. 15.00 c/u	0.08
4 sábanas a S/. 10.00 (2 años)	0.10
2 frazadas a S/. 15.00 c/u (3 años)	0.02
1 colchón a S/. 20.00 (5 años)	0.01
2 toallas S/. 5.00 c/u (anual)	0.02
6 pañuelos c/u S/. 0.50	0.10
	0.62

NIÑA

4 vestidos: 2 de invierno S/. 20.00 c/u 2 de verano S/. 15.00 c/u	0.19
2 falditas de fajina c/u S/. 10.00	0.05
2 pares de zapatos c/u S/. 20.00	0.10
6 juegos de ropa interior S/. 3.00 c/u	0.04
6 pares de medias S/. 1.00 c/u	0.09
2 chompas o casacas a S/. 15.00 c/u	0.08
2 blusas a S/. 10.00 c/u	0.05
2 pijamas a S/. 15.00 c/u	0.08
4 sábanas a S/. 10.00 c/u (2 años)	0.10
2 frazadas a S/. 15.00 c/u (3 años)	0.02
1 colchón S/. 20.00 (5 años)	0.01
	0.63

EL SALARIO MINIMO VITAL Y MOVIL SERIA S/. 37.37

Alimentación		17.99
Vivienda		7.80
Higiene		1.59
Varios		5.84
Vestimenta:	Esposo	1.60
	Esposa	1.31
Hijo		0.62
Hija		0.63
		37.37

Este salario peca de valores de cambio vigentes muy bajos, por ende es susceptible de modificación. Reiterando que este salario no contempla elementos de bienestar que son imprescindibles para el desarrollo humano.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTRUCTURA PRESUPUESTAL DE GASTOS POR FAMILIA REDUCIDA

Salario diario S/. 37.37 x 30 días = S/. 1121.10

Con S.M.V.M.	Empleado	S/.1121.10
Con S.M.V.M.	> 70% Subempleado	S/. 748.77
Con S.M.V.M.	> 50% Trab c/salario de hambre	S/. 560.55
Con S.M.V.M.	> 35% Trab c/salario de la miseria	S/. 560.55

Sin ninguna duda, nuestros "empresarios financistas" demasiado ricos, para empresas pobres, conjuntamente con sus voceros que piensan que ello acarrerá inflación. Falso, los procesos inflacionarios son porque el estado a través de sus gobernantes, han perdido el control básico de la producción en función al interés nacional, porque son presionados por fuerzas extrañas, al desarrollo de nuestro querido Perú.

No es casual que en toda América Latina los afectados sean los trabajadores industriales, porque al disminuir la demanda interna de su producción industrial, las ventas de las mismas disminuyen con la consiguiente desocupación, hambres y miseria. Al disminuir la producción es directa a la especulación y al encarecimiento cada día mayor.

Si no hay oferta de bienes y servicios, habrá depresión pero si hay ofrecimiento, redundará en bienestar general.

La situación actual es posible, por irresponsabilidad gubernamental, porque nadie gobierna con un Proyecto Nacional, con programa, por ello machacamos que existe vacío de política industrial y financiera, la "modernidad" es simple y llanamente la subordinación del estado a la empresa privada, totalmente contradictoria a los principios de los Derechos Humanos. No creemos que el endeudamiento, las exportaciones indiscriminadas, el cierre de la producción, la importación indiscriminada, impuestos indirectos y directos, crédito de elevado interés nos van a sacar de la recesión, inflación, reseción que es cronicidad.

La salida es desarrollar el mercado interno, aumentar la producción y ello no se logra calcutizando o taiwanizando salarios misérrimos, con inestabilidad laboral, sin sindicatos, sin seguridad social... Para terminar no queremos entrar en el análisis del significado que tienen los impuestos, FONAVI, Renta de 5ta. Categoría, etc. que tiene un fin confiscatorio.

BIBLIOGRAFIA

Florzet Dermi	ECONOMIA CIENTIFICA
Consuegra José	NUEVO ENFOQUE DE LA TEORIA DE LA INFLACIóN, 1975.
Cornejo Ramírez	TASA DE INTERES TEORIA Y PRACTICA, UNIVESIDAD DE LIMA, 1978
O P S	BOLETINES DE FEBRERO Y MARZO, 1993

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMISION DE PUBLICACIONES DEL CUERPO MEDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

PRESIDENTE: Dr. Humberto Ramírez Arroyo
Dr. José Ortiz Valencia
Dr. Hugo Lozada Rocca

MESA REDONDA DE LA REVISTA CLORPROMAZINA

Revista del Cuerpo Médica del I.N.S.M. "VICTOR LARCO HERRERA"

DIA : 23 de Febrero de 1993 HORA: 12.00 m

ANTECEDENTES:

El primer Número sale a la luz por el esfuerzo exclusivo de los integrantes de la Comisión de Publicaciones.

Su nombre se tomó de común acuerdo de la comisión en homenaje al primer psico-fármaco "CLORPROMAZINA" que tiene la misma trascendencua del primer antibiótico, la "Penicilina".

No se propuso el nombre con el afán de que hagamos propaganda a algún producto farmacológico. Así fue nuestro criterio, así manifestada al Laboratorio Rhone Poulenc Rorer el 10 de Febrero de 1993, a través de su Gerente de Marketing Sr. Carlos Montoya *, quien se apersonó a nuestro hospital y se ha comprometido a financiar las ediciones futuras, en especial del 75 aniversario que se cumple este año, y quien hizo la salvedad que ya no se use "Colaboración voluntaria".

En debate la Revista, en especial de su editorial.

PRINCIPIOS:

1o. Difundir las diferentes corrientes de opinión, de información, de investigación, desde el punto de vista de la Psiquiatría, avances en Medicina, en problemas sociales, económicos, políticos, no partidarios, etc. que son de interés en el desarrollo integral del hombre.

2o. Promover procedimientos que facilitan a la información en lo especial a la Psiquiatría y los factores ambientales que faciliten la reestructuración de la atención psiquiátrica; protegiendo a los pacientes en sus derechos humanos.

3o. Usar las páginas de la Revista para informar a la población sobre los problemas de la salud mental y nuestras propuestas.

OBJETIVOS:

Para cumplir los principios enunciados:

1o. Fortalecer la revista a través de la permanente colaboración en la producción, en especial de los Médicos Psiquiatras y de los otros estamentos como forma para captar las diferentes experiencias multidisciplinarias y promover un trabajo más integral.

2o. Crear condiciones para un autosostenimiento, garantizando su salida periódica. Creando un archivo de información, y otras fuentes de datos.

3o. Promover la imagen y el quehacer del instituto a nivel del país y del extranjero como corresponde a su trayectoria.

4o. La Comisión de Publicaciones en las actuales condiciones será la encargada de procesar las ediciones, de promocionar su divulgación y el control de su publicación para este 1993, año del 75 Aniversario de nuestro hospital, debe centrarse un mayor esfuerzo de todo el cuerpo médico del instituto para una edición especial.

* La propuesta del laboratorio en mención, a julio 93 se encuentra en la cura del silencio.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

I y II Seminario-Taller sobre Manipulación de alimentos
21 al 26 Mayo 93 y 27 a 29 Mayo 93

Coordinación y organización: Dr. Humberto Ramírez Arroyo

El objetivo del I y II Seminario-Taller sobre MANIPULACION DE ALIMENTOS, que se llevó a cabo del 24 al 26 de Mayo, y 27 al 29 de Mayo de 1993, ha sido con la mayoría del personal de nutrición, técnicos de enfermería y la participación de profesionales de la salud de nuestro instituto.

La participación de ese punto de vista es la más numerosa con un total de 84 participantes en el Seminario-Taller, permitiéndonos conocer las condiciones en que trabajan y cuáles son sus propuestas.

Se realizó con apoyo de la subregión V de Lima-Ciudad-MINSA y la dirección del I.N.S.M. "V.L.H.", con un temario, ponentes y guía de preguntas iguales para ambos seminarios.

Creemos que el siguiente resumen es del I y II Seminario.

GUIA No. 1

1er Día

1.1 ¿Uds. creen que en el Hospital se está observando los principios básicos de la alimentación expuesto en el Seminario?
1.2 ¿Si la alimentación está en relación a la producción de alimentos en nuestro país?
1.3 ¿Sabe la proporción de ingreso de productos para la preparación de alimentos? ¿Cuántas raciones se producen a diario? ¿Costo del menú?
1.4 ¿Se está tomando las medidas correspondientes para evitar la intoxicación alimentaria?

Conclusiones:

1. Presupuesto inadecuado y deficiente para cubrir las necesidades prioritarias de alimentos en el hospital.
2. Agravamiento paulatino en las condiciones de preparación y conservación de alimentos por la falta de mantenimiento de equipo y dotación de vajilla
3. Falta de recursos humanos y deficientes en las condiciones sanitarias (piso, ventilación, iluminación).
4. Infraestructura inadecuada para la manipulación de alimentos.

Sugerencias:

1. Ampliación del presupuesto para la partida de alimentos y así cubrir los requerimientos calóricos-proteicos del paciente psiquiátrico hospitalizado en nuestra institución.
2. Abastecimiento oportuno de los alimentos, respetando la programación mensual de los víveres y en coordinación permanente con el Dpto. de Nutrición.
3. Dotación de personal en condiciones sanitarias adecuadas y en capacitación permanente.
4. Renovación total de las cámaras frigoríficas para el mantenimiento de los alimentos y dotación de los equipos, utencilios suplementarios para su adecuada distribución y utilización.
5. Dotación de uniformes cada 6 meses y material de trabajo para el personal de nutrición.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GUIA No. 2

2do. Día

2.1 ¿Qué opinan Uds. del saneamiento ambiental que hay en el hospital y qué propone?
2.2 ¿Practica Ud. las recomendaciones de la higiene personal y cuáles son sus propuestas?

Proponemos:

1. Creación de un Comité Multidisciplinario que se encargue de la supervisión de un Cronograma de Actividades y del Diagnóstico de la Realidad Hospitalaria.
2. Capacitación permanente a todos los trabajadores en cuanto a Saneamiento Ambiental, Manipulación de Alimentos.
3. Coordinación permanente con el Ministerio de Salud apra hacer cumplir las normas establecidas de Saneamiento Ambiental.
4. Creación de un Manual de Normas y Funciones adecuadas a nuestra realidad hospitalaria.
5. Mantenimiento y refacción de la infraestructura hospitalaria.
6. Señalización adecuada de los diferentes servicios hospitalarios.
7. Política de implementación de los Recursos Humanos y materiales adecuados siguiendo las Normas del Ministerio de Salud.

GUIA No. 3

3er. Día

3.1 ¿Considera Ud. que la forma en que se trae y conserva los alimentos son los más adecuadas? ¿Qué propone?
3.2 ¿Qué opinan Uds. sobre la forma en que se trasportan los alimentos a los diferentes pabellones? ¿Qué propone?

I.3.1 No son los más adecuados

Proponemos:

1. Una mejor supervisión y control de los alimentos que ingresan al hospital vía proveedores.
2. Creación de una comisión idónea, renovable, con poder de gestión capacitada al nivel técnico administrativo que se encargue de la supervisión, control y vigilancia de los alimentos en la recepción de los víveres.
3. Mantenimiento y renovación del sistema de refrigeración.
4. Personal capacitado en la manipulación de los difeentes tipos de alimentos.

II.3.2 No es la adecuada.

Proponemos:

1. Pavimentación de las pistas del hospital y construcción de terraplenes.
2. Adquisiciones de coches térmicos, gastrónomos y/o camioneta para el trasporte de alimentos.
3. Los utencilios, menaje y vajilla adecuada y renovables periódicamente para el trasporte.
4. El trasporte se realizará con personal técnica capacitada y no por los pacientes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Forja de ANMS

V convención médica nacional
organizada por la federación médica peruana
28 JUNIO - 1º JULIO DE 1972
LIMA-PERU

Lima, 19 de Julio de 1972

FEDERACION MEDICA PERUANA

PRESIDENTE
Dr. Aurelio Díaz Ulloa Peral

COMITE ORGANIZADOR

PRESIDENTE
Dr. Alejandro Bazán González

VICE - PRESIDENTES
Dr. Manuel Acosta Chávez
Dr. Juan Rivadeneyra Gutiérrez

SECRETARIO GENERAL
Dr. Alvaro Vidal Rivadeneyra

TESORERO
Dr. Gilberto Gallo Rosi

COORDINADORES
Dr. Manuel Villarreal Sánchez
Dr. Nicanor Alvarez Espinoza
Dr. Segundo Díaz Llaurtling

COMITE ASESOR
Dr. Gilberto Marcy Santamayor
Dr. Luis A. Suárez
Dr. Juan Francisco Vallejo Pérez
Dr. Raúl Huamán Oyague
Dr. Luis Ulloa Sánchez
Dr. Rafael Yachtong Bendezú
Dr. Ramón Vargas Machuca Palacios
Dr. José Torres Mugica
Dr. Elmer Alegría Bazán
Dr. Jorge Castillo Castello
Dr. Jorge Fernández Concacha
Dr. Efraín Lama Méndez

PRESIDENTES DE COMITES
Dr. María León Uparte
Dr. Manuel Alvarezcano Gutiérrez
Dr. Rafael Yachtong Bendezú
Dr. Ramón Vargas Machuca Palacios
Dr. Antonio Meza Cuadra Velásquez
Dr. Manuel Pereira Marriqua
Dr. Manuel Acosta Chávez
Dr. Gilberto Gallo Rosi
Dr. Juan Lavaggi Contenero.

Carta No. 534-FMP-72

Señor Presidente del
Cuerpo Médico del Hospital General Base
Collique

Señor Presidente:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. en Representación de la Junta Directiva Nacional de la Federación Médica Peruana para hacerles llegar el Proyecto de modificación de Estatutos de acuerdo a lo dispuesto por la V CONVENCION MEDICA NACIONAL, realizada en ésta Ciudad del 28 de Junio al 1º de Julio del presente año.

Sería de gran utilidad para nuestra Institución que Ud. promoviera en su Base Gremial una amplia y exhaustiva discusión en torno al Proyecto que le remitimos cuya importancia radica en dar una nueva organización y una eficaz dinámica a la Federación Médica Peruana, con el objetivo de que se transforme en una Institución con posibilidad de canalizar con éxito ante los organismos del Estado y a la opinión, las postergadas reivindicaciones del Gremio Médico Nacional.

A la espera de su pronto e importante aporte, nos es propicia la ocasión para renovarle las seguridades de nuestra consideración más distinguida.

Muy atentamente

Dr. Alejandro Bazán G.
SECRETARIO GENERAL

Dr. Aurelio Díaz Ulloa P.
PRESIDENTE

FEDERACION MEDICA PERUANA
AVR/ghdc

V convención médica nacional
organizada por la federación médica peruana
28 JUNIO - 1º JULIO DE 1972
LIMA-PERU

Lima, 27 de Julio de 1972

FEDERACION MEDICA PERUANA

PRESIDENTE
Dr. Aurelio Díaz Ulloa Peral

COMITE ORGANIZADOR

PRESIDENTE
Dr. Alejandro Bazán González

VICE - PRESIDENTES
Dr. Manuel Acosta Chávez
Dr. Juan Rivadeneyra Gutiérrez

SECRETARIO GENERAL
Dr. Alvaro Vidal Rivadeneyra

TESORERO
Dr. Gilberto Gallo Rosi

COORDINADORES
Dr. Manuel Villarreal Sánchez
Dr. Nicanor Alvarez Espinoza
Dr. Segundo Díaz Llaurtling

COMITE ASESOR
Dr. Gilberto Marcy Santamayor
Dr. Luis A. Suárez
Dr. Juan Francisco Vallejo Pérez
Dr. Raúl Huamán Oyague
Dr. Luis Ulloa Sánchez
Dr. Rafael Yachtong Bendezú
Dr. Ramón Vargas Machuca Palacios
Dr. José Torres Mugica
Dr. Elmer Alegría Bazán
Dr. Jorge Castillo Castello
Dr. Jorge Fernández Concacha
Dr. Efraín Lama Méndez

PRESIDENTES DE COMITES
Dr. María León Uparte
Dr. Manuel Alvarezcano Gutiérrez
Dr. Rafael Yachtong Bendezú
Dr. Ramón Vargas Machuca Palacios
Dr. Antonio Meza Cuadra Velásquez
Dr. Manuel Pereira Marriqua
Dr. Manuel Acosta Chávez
Dr. Gilberto Gallo Rosi
Dr. Juan Lavaggi Contenero.

Carta No. 544-FMP-72

Señor Doctor
Presidente del Cuerpo Médico del
Hospital General Base de Collique
COLLIQUE.-

Señor Presidente:

Por acuerdo de la Junta Directiva me es grato dirigirle la presente para invitar a Ud. a la Sesión que se realizará el Viernes 4 de Agosto a horas 8.30 p.m., en el local de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" (Villalta 218 Lima), para contemplar asuntos relativos a los aspectos organizativos de la Federación Médica Peruana.

Dada la trascendental importancia del Tema a tratarse en la Sesión en referencia, no dudamos que contaremos con su gentil concurrencia.

La ocasión es propicia para testimoniar a Ud. las seguridades de mi consideración más distinguida.

Muy atentamente

Dr. Juan Rivadeneyra Gutiérrez
SECRETARIO DE ORGANIZACION

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FEDERACION MEDICA PERUANA
RECONOCIDA OFICIALMENTE POR R.S. DE 6 DE JUNIO DE 1968
Edificio Pizarro — Jirón Unión 284 — Oficina 46
Teléfono 27-8878 — Apartado 4439
LIMA - PERU

CONSEJO MEDICO NACIONAL

JUNTA DIRECTIVA
1970 - 1972

Presidente:
Dr. Aurelio Díaz - Ufano P.
Vice - Presidente:
Dr. Jorge Estrella H.
Secretario General:
Dr. Alejandro Bazán G.
Secretario de Actas y Archivo:
Dr. Humberto Gonzáles
Secretario de Economía
Dr. Gilberto Gallo B.
Secretario de Organización:
Dr. Juan Rivadeneyra
Secretario de Seguridad Social:
Dr. Juan Lavaggi C.
Secretario de Relaciones Públicas, Prensa y Propaganda:
Dr. Alvaro Vidal R.
Secretario de Acción Científica y Educación Médica:
Dr. Manuel Acosta

Lima, 15 de Agosto de 1972

Carta No. 556-FMP-72

Señor Doctor
Humberto Ramírez
Representante del Cuerpo Médico
Del Hospital de Collique
C I U D A D.-

Distinguido colega:

Me es grato dirigirle la presente para invitar a Ud. a la reunión que los Directivos de la Federación Médica Peruana tendrán con los Señores Representantes de los Cuerpos Médicos de los Hospitales del Ministerio de Salud, el día lunes 21 del mes en curso a horas 9 p.m. (hora exacta) en su local institucional -Edificio Pizarro Jr. Unión 284 Oficina 46 Lima -.

Por la importancia del Tema que se está tratando ruego a Ud., de manera muy especial, se sirva concurrir a dicha reunión.

La ocasión es propicia para reiterarle las seguridades de mi consideración más distinguida.

Muy atentamente

Dr. Alejandro Bazán G.
SECRETARIO GENERAL
FEDERACION MEDICA PERUANA
SECRETARIA GENERAL

ghdc.

FEDERACION MEDICA PERUANA
RECONOCIDA OFICIALMENTE POR R.S. DE 6 DE JUNIO DE 1968
Edificio Pizarro — Jirón Unión 284 — Oficina 46
Teléfono 27-8878 — Apartado 4439
LIMA - PERU

CONSEJO MEDICO NACIONAL

JUNTA DIRECTIVA
1970 - 1972

Presidente:
Dr. Aurelio Díaz - Ufano P.
Vice - Presidente:
Dr. Jorge Estrella H.
Secretario General:
Dr. Alejandro Bazán G.
Secretario de Actas y Archivo:
Dr. Humberto Gonzáles
Secretario de Economía
Dr. Gilberto Gallo B.
Secretario de Organización:
Dr. Juan Rivadeneyra
Secretario de Seguridad Social:
Dr. Juan Lavaggi C.
Secretario de Relaciones Públicas, Prensa y Propaganda:
Dr. Alvaro Vidal R.
Secretario de Acción Científica y Educación Médica:
Dr. Manuel Acosta

Lima de Setiembre de 1972

Carta No. 574-FMP-72

Señor Doctor
Humberto Ramírez
Representante del Cuerpo Médico
del Hospital de Collique

Distinguido colega:

Me es grato dirigirle la presente para citar a Ud. a la reunión que los Directivos de la Federación Médica Peruana tendrán con los Señores Representantes de los Cuerpos Médicos de los Hospitales del Ministerio de Salud el día lunes 11 de Setiembre a horas 9 p.m. (hora exacta) en su local institucional - Edificio Pizarro Jr. Unión 284 Ofc. 46 Lima; para continuar la Sesión del lunes 4 del presente mes.

ORDEN DEL DIA

- Situación económica.
- Convenios de Salud con la Caja Nacional del Seguro Social.
- Anteproyecto Estatutos de la A.N.M.S.

Por la importancia del Tema a tratarse no dudamos que contaremos con su asistencia.

La ocasión es propicia para reiterarle las seguridades de mi consideración más distinguida.

Muy atentamente

Dr. Alejandro Bazán G.
SECRETARIO GENERAL
FEDERACION MEDICA PERUANA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DOCUMENTOS - DOCUMENTOS-DOCUMENTOS-DOCUMENTOS-DOCUMENTOS-

Vigencia

AL DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

A LA ASOCIACION NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES DE SALUD

AL COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DEL PERU

AL CUERPO MEDICO

AL SINDICATO DE ENFERMEROS

A LA ASOCIACION DE PSICOLOGOS

AL FRENTE UNICO DE TRABAJADORES

A LA ASOCIACION DE FAMILIARES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

A LA COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

A LA COMUNIDAD EN GENERAL

PRONUNCIAMIENTO

La Unidad de SERVICIO SOCIAL y su Gremio representativo del Instituto Nacional de Salud Mental "Victor Larco Herrera", hace pública su posición frente a la crítica situación económica que atraviesa el país reflejada con más agudeza en las instituciones del Estado, siendo uno de ellos nuestro Instituto de Salud Mental "Victor Larco Herrera", quien se encuentra afectado por la indiferencia y actitud discriminatoria presupuestal de parte del Gobierno Central. Siendo la salud un derecho inherente a todos según estipula los Lineamientos de Política de Salud que en la práctica se convierte en una utopía que se manifiesta en la no satisfacción de las necesidades básicas imposibilitando factibilizar un adecuado tratamiento, recuperación y más aún rehabilitación de la población hospitalizada. En tal sentido ponemos de manifiesto :

1º Grave descuido de la nutrición de los pacientes hospitalizados, especialmente de los indigentes de modo que la mal nutrición llega a extremos de caquexia, pelagra y fallecimientos prematuros por intercurrencias.

2º Esta grave situación puede ser corroborada por los médicos que trabajan en los diferentes pabellones.

Entre las CAUSAS de esta situación señalamos :

1º Exiguo presupuesto para el rubro de alimentación.

2º Los defectos en la distribución de los escasos alimentos que el Hospital adquiere o recibe.

3º Indiferencia y displicencia administrativa

4º Limitada participación de la familia y la comunidad por la pobreza de éstos generada por la crisis económica.

SOLUCIONES :

1. SENSIBILIZACION a la administración de Salud, para una ampliación presupuestal.
2. Coordinación efectiva con los diferentes estamentos, gremios y organizaciones intra y extra murales.
3. Movilización efectiva de la administración
4. Continuar con la labor de educación-social a fin de fortalecer la participación activa de la Familia, Asociación de Familiares y Comunidad.
5. Descentralización democrática de la administración, principalmente en la distribución de alimentos captados por Servicio Social para dar cumplimiento al PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, programa que se vé obstaculizado en detrimento del bienestar del paciente, por la actitud de la Dirección de nuestro Instituto, en su afán de cubrir presupuesto deficitario.

Por la valorización del Hombre

Por la defensa de los Derechos Humanos

Por el respeto a la dignidad humana

Por la defensa de los principios filosóficos de Servicio Social

Por el ejercicio de la autentica democracia !

Magdalena del Mar, Marzo, 1985

Asociación de Asistentes Sociales del I.N.S.M. "VIH"

A.S. Magda Gómez S.	Presidenta
A.S. Esther Vidal C.	Vice-Presidenta
A.S. Doris Jiménez L.	Secretaria
A.S. Amalia Araya L.	Tesorera
A.S. Carmen García Z.	Vocal.

ASISTENTES SOCIALES QUE SUSCRIBEN EL PRONUNCIAMIENTO:

Uberlinda Valdivia C. (f) Jefatura Serv. Social CASP Nº 1876	Rosa Cabana Suárez Sub-Jefa Serv. Social CASP Nº 1915	Elva Aguirre Castillo Asistente Social CASP Nº 2108
Carmen Cueva Guerco Asistente Social CASP Nº 2608	Belén Llano Picón Asistente Social CASP Nº 1924	Rita Enciso Bellido Asistente Social CASP Nº 2413
Carmen García Zapata Asistente Social CASP Nº 2141	Magda Gómez Santa Cruz Asistente Social CASP Nº 2144	Doris Jiménez Lopez Asistente Social CASP Nº 1862
Matilde Montoya N. Asistente Social CASP Nº 1819	Juana Morales Castillo Asistente Social CASP Nº 1742	Juana Pinto Morales Asistente Social CASP Nº 2623
Irma Quispe Ayber Asistente Social CASP Nº 2625	Rosaura Rosales Salazar Asistente Social CASP Nº 2182	Marlinda Rua Linares Asistente Social CASP Nº 2703
María Sara Magino Asistente Social CASP Nº 1631	Elva Sosa Mango Asistente Social CASP Nº 2796	Dina Urquiza Villena Asistente Social CASP Nº 2139
Esther Córdova Vidal Asistente Social CASP Nº 886	Amelia Araya Laiza Asistente Social	Irene Alvarez Vicharra Bachiller en Trab. Social
Gladys Arenas V. Bach. Trab. Social	Nora Cano Tomasto Bach. en Trab. Social	Rosa Rojas Arenas Bach. Trab. Social
Teresa Manrique G. Fundadora Familiar		

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Saludos que Alientan, Gracias

COLEGIO MEDICO DEL PERU

MINISTERIO DE SALUD

CONSEJO NACIONAL

Dr. Raúl Romero Torres
DECANO
Dr. Víctor Orihuela Paredes
VICE-DECANO
Dr. Juan Takano Morón
SECRETARIO DEL INTERIOR
Dra. Ladis Delpino Artadi
SECRETARIA DEL EXTERIOR
Dr. Raúl Montero Ruiz
TESORERO
Dr. Raúl Schmidt Pinedo
VOCAL
Dr. Hernán Espejo Romero
VOCAL

CARTA Nº 108-SI-93

Miraflores, 16 de Febrero de 1993

Señores doctores
MARCO A. BOGGIANO TACUCHE
Presidente
Cuerpo Médico
HUMBERTO RAMIREZ A.
Presidente
Comisión de Publicaciones
Cuerpo Médico INSM"VLH"
Hospital "Víctor Larco Herrera"
Av. Pérez Aranibar # 600
LIMA 17

De nuestra consideración:

Por medio de la presente tenemos a bien agradecerles por los ejemplares que nos hicieran llegar del Primer Número de la Revista del Cuerpo Médico INSMVLH, hacemos propicia la ocasión para felicitarlos por el destacado esfuerzo que hacen por mantener la vida académica.

Aprovechamos la oportunidad para saludarlos.

Atentamente,

RRT/JTM/cd.

Malecón Armendáriz No. 791 - Miraflores - Lima - Perú
Teléf. 463690 - FAX 47 4930

Lima, 11 Febrero de 1993

SA-DVM- 0066 93

Señor Doctor
MARCO BOGGIANO TACUCHE
Presidente del Cuerpo Médico
del Hospital Víctor Larco Herrera.
PRESENTE.-

REF.: 1er Número de la Revista del Cuerpo Médico del INSVLH.

Es grato dirigirme a Ud. para dar respuesta a su atento oficio de la referencia, con el cual hace llegar a este Despacho el Primer Número de la Revista del Cuerpo Médico del INSH. Víctor Larco Herrera.

Sobre el particular agradezco la gentileza que ha tenido en enviar dicha publicación; asimismo hará extensiva a todo el Cuerpo Médico mi felicitación y que tendrá todo el apoyo de mi Despacho.

La ocasión es propicia para reiterar a usted las seguridades de mi especial consideración.

Atentamente.

Dr. SALOMON ZAVALA SAIRA
Vice Ministro de Salud

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FELICES FIESTAS PATRIAS

LES DESEAMOS A LOS MEDICOS Y TRABAJADORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "VICTOR LARCO HERRERA"

REAFIRMEMOS NUESTRA VOCACION DE PATRIA

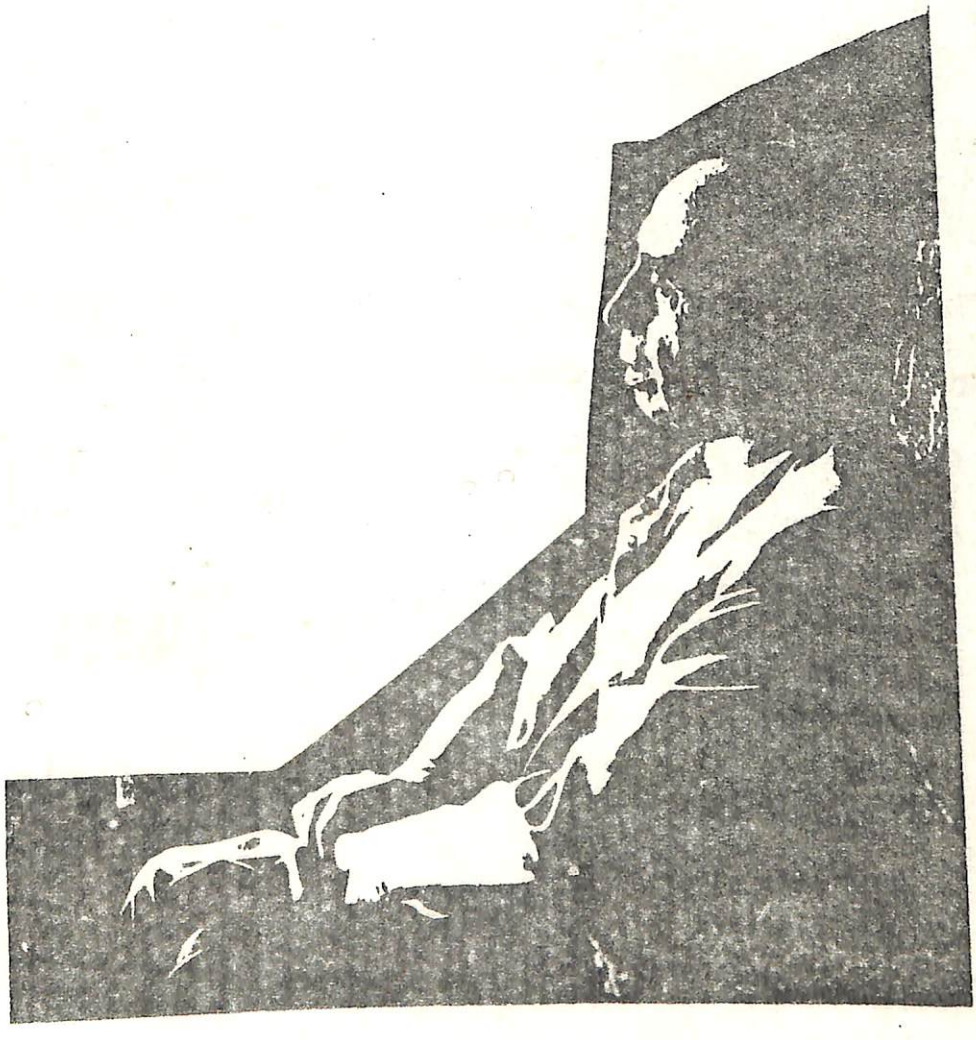
COMITE DE PUBLICACIONES DEL CUERPO MEDICO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CLORPROMAZINA

REVISTA DEL CUERPO MEDICO DEL INSMVLH

LIMA-PERU ENERO-JULIO 1993



Honorio Delgado / Foto Baldomero Pestana / 1960.

CENTENARIO DE HONORIO DELGADO

AÑO 1

NUMERO 2

COLABORACION

S/. 3.00

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera